UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1945-1946 — N° 132

# LE SERVICE MÉDICAL DE LA MISSION FRANÇAISE DE RAPATRIEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 Juillet 1945

PAR

Jacques, Pierre CROZAT

Né le 22 Août 1919 à Hyères (Var)

Examinateurs de la Thèse : MM. SIGALAS, professeur, *Président* ; BONNIN, professeur ; CREYX, professeur ; SARRIC, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1946

**CROZAT (Jacques-Pierre)**

Le Service médical de la Mission française de rapatriement. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 91 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 132*)

.....

**CROZAT (Jacques-Pierre)**

Le Service médical de la Mission française de rapatriement. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 91 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 132*)

.....

**CROZAT (Jacques-Pierre)**

Le Service médical de la Mission française de rapatriement. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 91 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 132*)

.....

**CROZAT (Jacques-Pierre)**

Le Service médical de la Mission française de rapatriement. — Bordeaux, Impr. J. Pechade, 1946. In-8°, 91 p.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1946. N° 132*)

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1945-1946 — N° 132

# LE SERVICE MÉDICAL
## DE LA
# MISSION FRANÇAISE DE RAPATRIEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Samedi 27 Juillet 1945

PAR

Jacques, Pierre CROZAT

Né le 22 Août 1919 à Hyères (Var)

**Examinateurs de la Thèse** : MM. SIGALAS, professeur, *Président* ; BONNIN, professeur ; CREYX, professeur ; SARRIC, agrégé — *Juges*

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, rue Margaux, 20

1946

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

**DOYEN :** M. DUPÉRIÉ

**ASSESSEUR :** M. LABAT

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDERODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET. PERY,

**PROFESSEURS :**

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale | N. | Zoologie et parasitologie | SIGALAS. |
| id. | DUPÉRIÉ. | Médecine expérimentale | AUBERTIN |
| Clinique chirurgicale et Gynécologique | CHARRIER | Clinique ophtalmologique | BEAUVIEUX. |
| Clinique chirurgicale | PAPIN. | Clinique chirurg. infantile et orthopedie | LOUBAT. |
| Clinique d'Accouchements | RIVIÈRE. | Clinique des maladies infectieuses | DAMADE. |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique | DE GRAILLY. | Chimie biologique et médicale | MACHEBŒUF. |
| Anatomie | VILLEMIN. | Physique médicale et pharmaceutique | N. |
| Anatomie générale et histologie | G. DUBREUIL. | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques | BONNIN. |
| Hygiène | PIÉCHAUD. | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques | JOULIA. |
| Médecine légale et déontologie | DERVILLÉE. | Clinique des maladies des voies urinaires | DARGET. |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médicale | RÉCHOU. | Clinique des malad. nerveuses et mentales | DELMAS-MARSALET |
| Chimie | CHELLE. | Clinique d'oto-rhino-laryngologie | PORTMANN |
| Botanique et matière médicale | GOLSE. | Toxicologie et hygiène appliquée | LABAT. |
| Pharmacie | VITTE. | Hydrologie thérapeutique et climatologie | CREYX. |
| Physiologie | FABRE. | Clinique odonto-stomatologique | DUBECQ. |
| Clin. méd. des mal. des enfants | FONTAN. | | |

PERRENS (Maladies mentales). FAUGÈRE (Obstetrique)

**AGRÉGÉS EN EXERCICE :**

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Anatomie | DUFOUR. | Chirurgie générale | MAGENDIE. |
| Physiologie | N. | id. | POUYANNE. |
| Médecine Générale | N. | Obstétrique | N. |
| id. | N. | id. | MAHON. |
| id. | N. | Ophtalmologie | N. |
| id | BROUSTET. | Oto-rhino-laryngologie | DESPONS. |
| id. | N... | Dermatologie et syphiligraphie | N. |
| id. | SARIC. | Physique médicale | N... |
| id. | DUBARRY. | Chimie Générale pharmaceutique et toxicologie | CASTAGNOU. |
| Chirurgie Générale | N... | Histoire naturelle pharmaceutique | GIRARD. |
| id. | MASSÉ. | Pharmacie | MESNARD. |
| id. | N... | id. | N. |
| | | Histoire natur. médicale et parasitologie | N. |
| | | Histologie | BROUSSY |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

**COURS COMPLÉMENTAIRES :**

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| Médecine opératoire | MASSÉ. | Botanique | GIRARD. |
| Accouchements | MAHON. | Cryptogamie | GIRARD. |
| Puériculture | FAUGÈRE. | Pharmacie galénique | MESNARD. |
| Zoologie et parasitologie | N... | Bactériologie | MOUREAU. |
| Urologie | N... | Physiologie | Mlle ROUGIER |
| Législation pharmaceutique | POPLAWSKI. | Chimie biologique | TAYEAU. |
| Ophtalmologie | N... | Parasithologie et biologie appliqué | PAUTRIZEL. |
| Anatomie | J. BEAUVIEUX | Pathologie chirurgicale | J. VILLAR. CHAVANNAZ. |
| Chimie minérale | CASTAGNOU. | Electroradiologie | CAILLON. |

*Le Secrétaire de la Faculté :* ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

## A MON PERE

dont la vie toute de droiture et de probité est pour moi un magnifique exemple. Toute mon existence sera consacrée à te prouver ma reconnaissance et à être digne de tes sacrifices et de ton dévouement.

---

## A MON ONCLE ET A MA TANTE

en remerciement de tout le bien qu'ils m'ont fait.

---

A MES AMIS

---

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX

---

A NOTRE PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur SIGALAS

Professeur de Zoologie et Parasitologie
Directeur du Laboratoire maritime
de l'Ecole des Hautes Etudes de Paris
Directeur de la Station Biologique d'Arcachon
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

qui a toujours été pour nous un maître plein de sollicitude et qui nous a encouragé à parfaire notre éducation médicale.

Qu'il trouve ici un bien faible témoignage de toute notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

# LE SERVICE MEDICAL DE LA MISSION FRANÇAISE DE RAPATRIEMENT

A l'heure où la plus grande partie des Français prisonniers de guerre, déportés politiques, déportés au titre du travail obligatoire, a regagné notre sol, il nous a semblé utile de publier les premiers résultats du vaste effort qui a été fourni par le Service médical du Rapatriement.

Différents travaux ont été déjà faits concernant l'organisation et le fonctionnement de certains services de la Mission de Rapatriement. Le but que nous avons essayé d'atteindre n'est point de compléter ces travaux, d'ailleurs très détaillés, mais bien de donner une idée aussi précise que possible de l'ensemble des activités du Service de Santé du Rapatriement. Les chiffres que nous publions, pour n'être point définitifs, serviront cependant de base d'estimation ; ils sont récents ; nous les avons empruntés au service du planing de la Mission et ils nous ont été gracieusement communiqués par les chefs des différents services.

Le retour d'un nombre aussi considérable d'expatriés, sans précédent dans l'histoire des peuples, a posé des problèmes qui, sur le plan sanitaire, intéressaient l'avenir de la nation toute entière : il fallait non seulement prodiguer les premiers soins aux rapatriés, faire le bilan de leur état de santé et de leur capacité de travail, mais encore préserver la Santé publique des fléaux épidémiques, des dangers de contamination vénérienne ou bacillaire qu'un déplacement de telles masses humaines risquait de déchaîner. Nous pouvons aujourd'hui déclarer,

preuves en main, que les mesures prises ont été efficaces et que les efforts fournis ont été récompensés par les résultats satisfaisants qui ont été obtenus.

Le problème était le suivant : le rapatrié devait, dès sa libération, recevoir les premiers soins nécessités par son état ; après avoir été acheminé jusqu'en France, il devait subir à son arrivée un examen médical rapide mais suffisamment complet pour déceler, le cas échéant, les différentes affections dont il pouvait être atteint. Suivant les cas, trois solutions s'offraient alors : ou le séjour momentané dans un centre de repos, ou encore l'admission immédiate à l'hôpital, ou enfin l'acheminement direct sur le lieu de résidence. Le transit des rapatriés devant s'effectuer par terre et par mer impliquait la création de centres disséminés sur l'ensemble de nos frontières terrestres et maritimes.

Pour répondre à ces diverses tâches, le Service de Santé de la Mission de rapatriement a adopté une organisation groupant plusieurs services, tous en relation les uns avec les autres, que nous allons décrire brièvement avant d'en préciser le rôle, le fonctionnement et les résultats obtenus par chacun d'eux.

A la tête du personnel médical se trouve placé l'Etat-Major du Service de Santé et Assistance du Rapatriement, qui comprend un directeur, le docteur Bourgeois, un secrétaire général, le docteur Jean Hamburger, et plusieurs adjoints.

*La Mission Française de Rapatriement en Allemagne* a assuré les premiers soins aux Français libérés jusqu'au moment de leur rapatriement, s'est occupée tout spécialebent des malades et de leur évacuation, et a procédé aux premiers sondages épidémiologiques pour assurer la prophylaxie. Cette mission a jusqu'à ce jour fonctionné en étroite coopération avec le Supreme Headquarter Allied Expeditionnary Forces et la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (U.N.R.R.A.).

*Les différentes Missions à l'Etranger* (Russie, Hollande, Italie, Suède, Yougoslavie, Belgique...) ont eu la charge de soigner et de rapatrier les Français se trouvant en territoire étranger au moment de la capitulation allemande. Chacune d'entre elles a eu une activité propre que nous décrirons séparément.

*Le Cordon frontalier* a rempli le rôle d'une barrière de protection contre les dangers d'épidémie ; c'est à lui qu'est revenu le soin de pratiquer le premier bilan sanitaire de tous les rapatriés à leur arrivée en Franc ; c'est par lui qu'est passée la majorité d'entre eux. Il a été doté d'un très grand nombre de centres allant de Dieppe à Marseille en passant par nos frontières d uNord, de l'Est et du Sud-Est. C'est au cordon frontalier que fut affectée la majorité des médecins du rapatriement.

*Les services de la région parisienne* ont groupé dans Paris et ses alentours un nombre considérable de centres de transit, de centres d'hébergement ou d repos, de laboratoires. Ils comprennent la très importante Pharmacie Centrale et ses deux annexes, chargée d'approvisionner en produits pharmaceutiques et en matériel sanitaire toutes les formations de la Mission Française de Rapatriement.

Enfin, la Mission de Rapatriement s'est vu confier le soin des nombreux étrangers qui séjournent à l'heure actuelle dans les *camps spéciaux* aménagés à leur usage sur notre territoire ; des soins médicaux leur sont prodigués dans les infirmeries de ces camps par des médecins spécialement désignés.

A côté de ces différents organismes, des médecins du rapatriement ont aussi, avec l'aide de la Croix-Rouge Française, assuré l'accueil des rapatriés dans les gares et ont pratiqué sur place le premier triage.

On concoît que la date de début et les modalités de fonctionnement de ces services n'aient pas été identiques pour tous. L'activité de certains centres fut bien souvent

subordonnée aux événements militaires qui se sont succédés depuis la libération de notre pays : au fur et à mesure de l'avance des armées alliées, on dut ouvrir de nouveaux centres. Le rythme progressivement croissant du retour de nos prisonniers entraîna pour la Mission des modifications dans sa structure primitive. Nous ne pouvons donc avoir une idée exacte de son fonctionnement d'ensemble qu'en suivant l'évolution de chacun des services de la M.F.R.

La multiplicité et la diversité des tâches à accomplir nécessitaient la présence d'un nombreux personnel médical. Dès le début, des médecins volontaires assurèrent le fonctionnement des premiers centres frontaliers. Leur nombre s'avéra insuffisant au fur et à mesure de l'accélération du rythme du rapatriement. Le ministère de la guerre décida alors la mobilisation de certaines classes de médecins, pharmaciens et dentistes, qui furent versés au Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Réfugiés en qualité de médecins, pharmaciens et dentistes de rapatriement. Il y eut ainsi 1700 médecins, 300 pharmaciens et 300 dentistes qui, sous la direction de l'Etat-Major de la Mission assurèrent, dans des conditions matérielles souvent précaires, le service médical du rapatriement. Ils furent secondés dans leur tâche par les infirmières diplômées et les secouristes bénévoles de la Croix-Rouge Française. De nombreuses équipes d'assistantes médico-sociales, engagées volontaires à la Mission de Rapatriement, s'occupèrent non seulement d'accueillir les prisonniers, mais aidèrent les médecins et les infirmières à donner des soins : leur présence fut tout particulièrement précieuse dans les centres où sont passées des femmes avec leurs enfants. Il est nécessaire aujourd'hui de rendre hommage au dévouement et à la compétence apportée par le personnel féminin dans l'accomplissement d'un travail souvent très pénible.

# LA MISSION FRANÇAISE DE RAPATRIEMENT EN ALLEMAGNE

Les activités du service médical de la Mission en Allemagne ont été jusqu'ici étroitement liées au plan de rapatriement élaboré par la Supreme Headquarter Allied Expedionnary Forces. L'Etat-Major Suprême a en effet assumé toutes les initiatives et toutes les charges de ce qu'il considérait comme relevant de sa seule autorité pendant la phase des opérations militaires.

La Mission Française de Rapatriement en Allemagne, en tant que délégation du Ministère des Prisonniers de Guerre, Déportés et Rapatriés, fut placée sous la direction de la Mission Militaire pour les Affaires allemandes (M.M.A.A.), ayant à la tête le général Koëltz, représentant le général de Gaulle en Allemagne. Le général Koëltz eut comme adjoint, au commandement de la Mission de Rapatriement, le général Képelin. Le médecin-chef de cette Mission fut le médecin-colonel Lambling.

Les armées alliées étaient réparties en trois groupes : au Nord, le XXI$^{e}$ groupe d'armées comprenant les premières armées canadienne et britannique ; au centre, le XII$^{e}$ groupe comprenant les 1$^{re}$, 3$^{e}$, 9$^{e}$ et 15$^{e}$ armées américaines ; au Sud, le VI$^{e}$ groupe auquel appartiennent la 7$^{e}$ Armée américaine et la 1$^{re}$ Armée française. Depuis peu, la 7$^{e}$ Armée américaine a été rattachée au XII$^{e}$ groupe d'armées. Dans chaque groupe d'armées existe un médecin-chef de rapatriement qui s'occupe tout spécialement des questions intéressant les prisonniers libérés : ces chefs sont le médecin-colonel Dormoy, au

XXI[e] groupe ; le médecin-colonel Jouvelet, au XII[e] groupe ; le médecin-lieutenant-colonel Rossi au VI[e] groupe. Sous leurs ordres se trouvent placés les médecins de rapatriement que les autorités militaires alliées ont demandé à la Mission Française d'affecter aux armées. Le chiffre des médecins ainsi réclamés par S.H.A.E.F. s'élève à 286. Nous pouvons compter à l'heure actuelle environ 250 médecins détachés par la M.F.R. à la M.F.R.A. Ce sont eux qui furent chargés du Service sanitaire des opérations de rapatriement.

Le plan prévoyait le traitement, l'hébergement et le rapatriement des prisonniers de guerre, déportés politiques, travailleurs, prisonniers transformés, classés en deux grandes catégories : les prisonniers de guerre et les prisonniers transformés restés dans leurs camps,, dont s'occupait le Premier Bureau ; les prisonniers sortis de leurs camps, les déportés politiques, les travailleurs, les évadés ou les autorapatriés (Displaced persons), confiés aux soins du Cinquième Bureau. Ces derniers ont été groupés dans des camps nommés Assembly Centers pourvus d'infirmeries et de personnel médical.

Dans de nombreux cas les déportés politiques demeurèrent dans leurs camps d'internement : ils furent l'objet de soins tout particuliers en raison de l'état sanitaire extrêmement précaire dans lequel ils se trouvaient. Le typhus exanthématique sévissait dans les camps de déportés. A Dachau, sur 35.000 internés, 13.159 sont morts de typhus dans les premiers mois de 1945 dont 3.977 en février. A Valhingen, il y eut 300 cas de typhus sur 700 déportés. Au camp de Bergen-Belsen, le taux d'infestation était de 85 %. Au mois de mai, les formations hospitalières américaines avaient soigné 2.400 personnes atteintes du typhus. Des mesures sévères s'imposaient pour éviter l'extension de ce fléau. Dans tous les camps où sévissait le typhus, on pratiqua le poudrage au moyen de la poudre insecticide D.D.T., la vaccination par le vaccin anti-Rickettsie, le désencombrement. Enfin, certains camps furent soumis à

la quarantaine. L'état de dénutrition dans lequel se trouvaient les déportés politiques et l'extrême fragilité de ces sujets nécessitaient des précautions nombreuses et rendaient leur rapatriement particulièrement délicat. L'Etat-Major suprême allié n'autorisa la Mission Française à s'occuper de ses ressortissants que d'une façon parcellaire, et tardive. Les trains sanitaires équipés par elle n'ont pas été jusqu'à ce jour utilisés par les alliés. Par contre un accord conclu avec la Confédération Helvétique a permis la mise en place par ce pays d'un dispositif sanitaire comprenant des centres d'hébergement sanitaire à la frontières austro-suisse, d'où les rapatriés furent acheminés en France par trains sanitaires. La majorité des déportés politiques de Dachau a pu être ramenée en France par ce moyen.

Les isolés, évadés ou autorapatriés furent grôupés dans des centres de rassemblement (Assembly centers). Le service médical de ces centres fut assuré par la United Nations Relief and Rehabilitation Administration. Cet organisme américain comprend des équipes médicales volantes constituées de treize membres (médecins, infirmières, assistantes sociales). Des médecins français affectés par la Mission Français à l'U.N.R.R.A. font partie de ces équipes et traitent les Français dans les infirmeries des Assembly centers. Des sondages épidémiologiques et des dépistages de maladies vénériennes furent pratiqués chaque fois que les circonstances le permirent. Les centres de rassemblement furent installés pour la plupart sur la rive droite du Rhin, afin de recueillir les isolés avant leur sortie d'Allemagne. Le poudrage fut pratiqué systématiquement pour éviter les dangers d'extension du typhus.

Les prisonniers de guerre et les prisonniers transformés dont l'état s'est avéré satisfaisant, furent confiés aux soins du Premier Bureau. Ils bénéficièrent de la priorité pour le rapatriement. Leur acheminement vers les centres du cordon frontalier fut effectué primitivement

par camions et par trains. Le rythme des opérations militaires s'étant brusquement accéléré, le nombre des prisonniers libérés fut tellement considérable qu'il risquait de provoquer un encombrement sérieux pouvant gêner les mouvements des troupes en opération. Les autorités militaires alliées furent amenées à modifier sans préavis leur plan de rapatriement. Le 11 avril, ils annoncèrent au Gouvernement français qu'à partir du 13 avril 8.000 rapatriés arriveraient par jour en avion sur les aérodromes de la région parisienne. D'autre part, la régulation par chemin de fer fut bouleversée par l'afflux brusque des rapatriés, ce qui entraina une modification du dispositif primitif et obligea à faire passer le plus grand nombre d'entre eux en transit par Paris.

Par la suite, la Mission de Rapatriement en Allemagne ,après accord avec les autorités militaires locales, obtint l'autorisation de rapatrier par ses propres soins les prisonniers au moyen d'avions atterrissant sur des aérodromes autorisés. C'est ainsi qu'entre la fin du mois de mai et la fin du mois de juin, 8.791 personnes ont été rapatriées par avion.

Au moment où nous écrivons ces lignes, l'immense majorité des Français se trouvant en territoire allemand occupé par les armées anglo-américaines a pu rejoindre notre territoire. Au début du mois de juillet 1945, on ne comptait plus guère qu'une trentaine de mille de Français n'ayant pas été rapatriés : la majorité d'entre eux se trouvent dans la régio ndes Sudètes.

Cependant un nombre important de prisonniers de guerre et de déportés se trouvent dans la zone d'occupation soviétique. Un accord signé récemment entre le Gouvernement français et l'Etat-Major Russe prévoit les modalités de rapatriement de ces hommes. Les régions de Katowitz, Vienne et Budapest seraient celles où la densité des prisonniers français est la plus élevée.

En définitive, la tâche qui incombe encore à la Mission Française en Allemagne consiste à pratiquer une sorte

de triage parmi les individus demeurant encore en territoire allemand ; les médecins devront, comme par le passé, dépister les gens suspects d'être atteints de typhus, les isoler et prévoir leur acheminement vers la France. Ces opérations devant se dérouler à une cadence beaucoup plus lente, pourront être plus facilement réalisées ; elles devront cependant être très minutieuses, puisqu'elles s'adressent à des gens isolés susceptibles d'être vecteurs de maladies contagieuses.

Enfin il a été décidé que les rapatriés tuberculeux pourraient être soignés sur place pour leur éviter les fatigues inhérentes à de longs déplacements. La 1re Armée française organise dans la région de la Forêt Noire un certain nombre de sanatoria. Dorénavant, les tuberculeux seront dirigés sur l'aérodrome de Mengen d'où on les acheminera sur ces différents sanatoria. A proximité, des hôtels ont été réquisitionnés, qui seront réservés aux familles venant rendre visite aux malades hospitalisés.

# LE CORDON FRONTALIER

Pour recevoir, examiner et soigner les rapatriés venant d'Allemagne, il était nécessaire de créer le long de notre frontière terrestre et maritime du Nord, de l'Est et du Sud-Est, un véritable réseau de centres dans lesquels pourraient débarquer directement les convois. Cet ensemble de centres constitue le Cordon frontalier, qui a rempli un rôle capital dans le système du rapatriement.

Dans chaque région frontalière furent créés un centre principal d'accueil à la frontière (C.P.A.F.) et plusieurs centres secondaires (C.S.A.F.), à la tête desquels furent nommés des médecins chefs de centre. Ces derniers furent placés sous les ordres des médecins chefs régionaux, dépendant eux-mêmes de la direction du Service de Santé du Rapatriement ; le service général du Cordon frontalier fut placé sous la direction du Médecin-Commandant Nouaille.

L'ouverture de ces centres fut progressive et suivit le développement des opérations militaires. Dès la fin du mois de septembre 1944, alors que l'Alsace était encore occupée par les Allemands, des centres furent ouverts à Lille, Hazebrouck, Valenciennes, Jeumont, Longuyon, Hirson et Mézières-Charleville. Leur effectif médical se montait à peu près à 80 médecins, tous engagés volontaires à la Mission de Rapatriement. Ces formations travaillèrent à débit ralenti, car à cette époque il y avait encore très peu de prisonniers libérés. En prévision du transfert par la Confédération Helvétique des Français stationnant dans le Sud de l'Allemagne, la Direction du rapatriement décida de créer des centres d'accueil dans le secteur de la frontières suisse. Le 25 novembre 1944, commença l'organisation des centres d'Annemasse, d'Evian,

d'Annecy et d'Aix-les-Bains. Puis à la fin du premier trimestre de 1945, les opérations militaires se développèrent brusquement. Le nombre des rapatriés ne cessa d'augmenter jusqu'à un tel point qu'il dépassa parfois les prévisions. Le centre d'accueil de Longuyon fut le premier à bénéficier de cet afflux de rapatriés, aux environs du 10 mars 1945. Rapidement, il fallut créer de nouvelles formations : Strasbourg, Colmar, Mulhouse, Sarrebourg, Sarreguemines furent dotés de centres de rapatriement. Les médecins qui y travaillèrent furent fournis par le Ministère de la guerre ; les conditions matérielles dans lesquelles ils durent exercer leur mission ne furent pas toujours xcellentes et certaines formations durent essuyer à plusieurs reprises des bombardements. Au début du mois d'avril, 32 centres étaient ouverts et fonctionnaient à plein rendement ; vingt d'entre eux eurent un effectif moyen de 40 médecins.

L'effectif total des médecins de rapatriement affectés au Cordon frontalier se monta à près d'un millier, qui jusqu'au premier juillet 1945 fit subir les formalités médicales à 1.237.994 rapatriés français ou étrangers.

Les centres principaux d'accueil à la frontière furent ceux de Lille, Longuyon, Nancy-Dombasle (spécialisé pour recevoir les femmes rapatriées), Révigny, Dieppe, Strasbourg, Mulhouse, Marseille (ce dernier centre destiné au transit d'Odessa). Chacun d'eux fonctionna avec un effectif médical de vingt à quarante médecins. Ils furent équipés de façon à pouvoir accueillir de 3.000 à 4.500 rapatriés par jour.

A côté des C.P.A.F., il fallut créer des Centres sanitaires pouvant permettre de soigner pendant une durée limitée les malades et les blessés légers pouvant difficilement effectuer immédiatement le voyage de retour. Lille, Metz, Dieppe (pour les rapatriés en transit de Norvège, de Russie et d'Angleterre), Aix-les-Bains, Villefranche, Coubert, Lyon et Paris furent les villes choisies pour ces

centres sanitaires. L'équipement de ces formations en matériel sanitaire en fit de véritables petits hôpitaux où le personnel médical eut la possibilité de pratiquer des interventions chirurgicales. A Divonne, fut installé un centre de repos à long terme destiné à accueillir 650 enfants déportés.

Voici, à la date du 1er juillet 1945, le nombre des rapatriés qui ont été examinés dans les différents centres d'accueil à la frontière :

| | |
|---|---|
| Lille | 121.058 |
| Arras | 33.251 |
| Hazebrouck | 41.574 |
| Valenciennes | 80.679 |
| Maubeuge | 46.810 |
| Hirson | 24.972 |
| Jeumont | 53.469 |
| Mézières-Charleville | 48.333 |
| Longuyon | 112.517 |
| Thionville | 24.989 |
| Hayange | 60.414 |
| Metz | 39.086 |
| Boulay | 16.931 |
| Saint-Avold | 29.487 |
| Nancy-Dombasle | 45.346 |
| Sarrebourg | 55.650 |
| Sarreguemines | 13.863 |
| Saverne | 3.129 |
| Strasbourg | 66.275 |
| Colmar | 6.884 |
| Mulhouse | 56.703 |
| Pontarlier | 14 |
| Annemasse | 11.838 |
| Annecy | 7.081 |
| Evian | 7.299 |
| Marseille | 45.522 |
| Villefranche | 3.393 |
| Dieppe | 539 |

D'autre part, ont été admis dans les centres sanitaires à la même date :

151 rapatriés à Lille.
488 » à Metz.
893 » à Aix-les-Bains.
5.407 » à Paris.

Au total, près d'un million cinq cents mille hommes, français ou étrangers sont passés dans les centres de rapatriement en un peu plus de quatre mois.

Dans toutes ces formations, les rapatriés hommes ou femmes ont subi un ensemble de formalités dont la visite médicale constituait un des points les plus importants.

Il fallait, en effet, que ces personnes fussent examinées d'une façon assez complète pour que l'on puisse dresser le bilan sommaire de leur état sanitaire. Toutefois, les fatigues d'un voyage pénible ajoutées à celles d'un séjour prolongé dans des secteurs où venaient de se dérouler des opérations militaires, rendaient obligatoire la rapidité de l'examen médical. De plus, lorsqu'un convoi important se présentait, il était nécessaire de ne pas retarder son acheminement vers l'intérieur par une visite médicale prolongée pour chacun des rapatriés. Les dangers de propagation des maladies épidémiques, en particulier du typhus exanthématique, entrainaient des mesures prophylactiques indispensables. Enfin le dépistage des maladies vénériennes et de la tuberculose nécessitait des examens spéciaux pour les rapatriés suspects d'en être atteints.

La doctrine sanitaire qui fut appliquée dans tous les centres du Cordon frontalier s'est inspirée de ces différentes nécessités. Elle tient en peu de mots : épouillage systématique, visite médicale rapide, examen radiologique, sérologie.

L'épouillage fut pratiqué systématiquement pour tous les rapatriés à leur entrée dans le bloc médical. Divers

procédés furent utilisés : étuvage des vêtements et des bagages, lavages au savon, application de poudres insecticides. Cette dernière méthode, de loin la plus pratique, ne tarda pas à se généraliser. Différents produits ont été employés : poudre Aphtria, poudre D.D.T. Cette dernière, de fabrication américaine, s'est révélée tout particulièrement efficace et son application facile en a fait un merveilleux instrument grâce auquel le typhus exanthématique a pu être enrayé. Nous étudierons spécialement ce produit dans le chapitre de la prophylaxie des maladies épidémiques.

Pendant que leurs vêtements étaient ainsi poudrés, les rapatriés passaient à la douche et pénétraient ensuite dans la salle de séchage, chauffée, suivant les lieux, au moyen de calorifères ou de souffleries perfectionnées. Revêtu d'un kimono, le rapatrié se présentait alors au bloc médical pour la visite rapide, muni des deux fiches médicales et de la carte de rapatriement.

Le bloc médical dans chaque centre était construit d'après le même principe : il était formé tout d'abord d'un ensemble de boxes contigus réservés aux examens médicaux rapides. Un peu plus loin, un ou deux boxes, selon les cas, sont destinés à l'examen détaillé par le médecin consultant ou spécialiste. Une petite pièce sert pour le traitement immédiat des galeux. Toujours en suivant l'ordre, deux locaux sont affectés à la sérologie, l'un abritant les secrétaires chargés de recueillir le nom et l'adresse du patient ainsi que son numéro de tube, l'autre, comportant un ou plusieurs lits, servant à pratiquer les prises de sang. Faisant suite aux locaux de sérologie, nous trouvons les installations de radiologie avec les appareils de radiophotographie, de radioscopie ou de radiographie. Enfin, une dernière pièce est affectée à la conclusion médicale.

Dans chacune de ces pièces était installé en permanence un nombre fixe de médecins appartenant à la même

équipe. Chaque médecin disposait d'un secrétaire qui inscrivait sur les fiches individuelles les renseignements recueillis, afin d'accélérer l'examen. Le nombre des médecins d'un même groupe était fixe pour chaque centre, mais variable suivant l'effectif des différents centres. Ces équipes médicales travaillaient par roulement de façon à assurer un service permanent. Les gardes étaient soit de 12 heures, soit de 24 heures.

Les feuilles de rapatriement toutes conçues sur le même modèle, portaient des indications concernant les différents examens pratiqués par le médecin ; elles mentionnaient : la taille, le poids, l'état de vaccination Jennerienne, l'état de la peau et des phanères, la constatation des maladies contagieuses, l'examen des organes génitaux, du bucco-pharynx, l'appréciation de l'état général (bon, moyen ou mauvais), le degré d'amaigrissement, l'existence d'un examen radiologique (radiophotographie, radioscopie) avec le résultat de cet examen, l'existence d'un examen sérologique. Une case spéciale au bas de la feuille était réservée aux observations particulières sur l'état de santé du rapatrié. Sur la partie droite de la feuille figuraient des abréviations servant à déterminer les caractéristiques de chaque homme : γ (gonococcique), Σ (syphilitique), Φ (tuberculeux), S (suspect), N (normal), F (fatigué), M (malade). D'autres annotations se rapportaient à la façon dont l'intéressé devait voyager (assis, couché) ou indiquaient s'il devait demeurer au centre de repos, être admis à l'infirmerie ou à l'hôpital. Une feuille de papier carbonne permettait de retracer sur la seconde feuille les indications portées sur la première. Une de ces feuilles, portant le matricule de rapatriement, était destinée au centre départemental des Prisonniers dont dépendait le sujet, la seconde était envoyée au service du fichier du Ministère des P.G.D.R.

Ainsi donc, grâce à la feuille médicale, il était aisé au médecin, assisté d'un aide un peu entrainé, de faire le

bilan sommaire de chaque rapatrié dans le minimum de temps ; la durée théorique de l'examen était évaluée à trois minutes environ, qui pouvait être accrue ou réduite au gré des nécessités du moment. Le sujet normal ayant terminé la visite était directement acheminé au box de la sérologie, puis à celui de la radiophotographie. Lorsque le médecin dépisteur était amené à constater un indice suspect chez un rapatrié, il le dirigeait vers le box du médecin consultant (médecine générale, dermatologie, phtisiologie). Ce dernier se livrait à un examen approfondi du rapatrié et consignait ses observations sur la feuille médicale. A la suite de cet examen, le médecin consultant décidait soit l'évacuation, soit l'admission à l'infirmerie, soit encore l'hospitalisation du sujet dans l'hôpital militaire ou civil le plus proche.

Lorsque le rapatrié sortait enfin du box du service de la radiologie, il ne lui restait plus qu'à se présenter à celui de la conclusion médicale. Le médecin qui s'occupait de ce poste avait pour mission de consigner sur la feuille de rapatriement, qui seule demeurait par la suite en la possession du rapatrié, si celui-ci avait accompli les formalités de la visite médicale et subi les examens radioscopique et sérologique : une petite case contenait les observations particulières que l'on avait pu faire au sujet de l'état de santé de l'intéressé. Le médecin de la conclusion gardait les fiches médicales et ne donnait que la fiche de rapatriement une fois annotée.

Ajoutons que dans chaque bloc médical existait une infirmerie dans laquelle les médecins aidés par les infirmières pratiquaient les actes de petite chirurgie chez les individus légèrement blessés ou malades.

Grâce à cette technique, la visite médicale put être faite avec le maximum de rapidité et de précision. Une équipe de secouristes assurait la régulation dans le circuit, de façon à éviter aux rapatriés des démarches inutiles, à éviter l'encombrement et à hâter le passage dans le bloc médical.

D'une façon générale, nous avons pu constater que lorsque la régulation dans les autres services du centre était normale, le bloc médical, en dépit de la complexité des opérations qui s'y déroulaient, n'occasionnait aucun retard à l'ensemble des opérations de rapatriement. A sa sortie, le rapatrié douché reprenait ses habits qui avaient été poudrés auparavant. La durée du séjour dans le bloc, lorsque la cadence était rapide, n'excédait pas une vingtaine de minutes.

Une salle spéciale était également réservée pour permettre aux hospitalisés d'attendre l'ambulance qui devait les transporter. Dans chaque ville où se trouvait un centre de Rapatriement avec ou sans organisations sanitaires complémentaires dépendant de lui, un certain nombre de places furent réservées dans les hôpitaux civils et militaires, et destinées à recevoir des rapatriés dont l'état de santé ne permettait pas la poursuite du voyage de retour. Le nombre de ces lits était communiqué au médecin-chef du centre qui pouvait ainsi prévoir les possibilités d'hospitalisation et soulager le centre sanitaire de la Mission lorsque l'afflux de malades était trop considérable.

Nous devons signaler qu'un nombre important d'étrangers (Belges, Hollandais, Danois, Polonais...) sont passés par les centres d'accueil du Cordon frontalier. Leur chiffre se montait à 78. 658 au 1er juillet 1945. Ils reçurent exactement le même traitement que les Français et subirent les mêmes formalités. La majorité d'entre eux ignorait totalement notre langue, ce qui rendit ces formalités particulièrement délicates. Des interprètes et des officiers de différentes missions étrangères facilitèrent dans la mesure du possible les opérations à l'intérieur des blocs.

A l'heure actuelle, les opérations de rapatriement par le Cordon frontalier ont pratiquement cessé en raison du retour de la majorité de nos compatriotes. A la date du 1er juillet, seuls restaient en activité les centres-formalités de Valenciennes, Nancy-Dombasle, Strasbourg, Mulhouse,

Annecy, Marseille. Par ailleurs, des centres sanitaires, destinés à soigner les rapatriés légèrement malades ou blessés, fonctionnaient encore à la même date à Lille, Metz, Villefranche, Dieppe et Aix-les-Bains. Des centres de convalescence ont été créés où, sur présentation d'un certificat médical, les déportés ou les prisonniers fatigués pourront aller prendre un repos de quelques semaines.

Nous ne devons pas cependant oublier qu'un certain nombre de rapatriés, voyageant isolément ont pu regagner la France sans accomplir aucune formalité médicale. Ils constituent donc un danger sur le plan sanitaire. Nous ne pourrons considérer le rapatriement terminé que lorsqu'ils auront été dénombrés par leurs centres départementaux respectifs. Le Cordon frontalier devait également recevoir les rapatriés acheminés par mer. A cet effet, deux ports ont été choisis comme bases d'opération de rapatriement : au Nord, Dieppe ; au Sud, Marseille avec Villefranche comme centre de soutien. Marseille notamment a accueilli les prisonniers de guerre français et les déportés venant de Russie via Odessa. Pour éviter l'encombrement de ce centre, Villefranche fut choisi comme centre auxiliaire sanitaire.

# LES SERVICES DE LA REGION PARISIENNE

Le plan primitif du rapatriement prévoyait que la région parisienne serait utilisée comme centre de transit ayant une capacité de débit de 15.000 rapatriés. Des formations sanitaires avaient été mises sur pied. Les événements militaires et leurs conséquences au point de vue du rapatriement bouleversèrent les plans préétablis et firent de Paris le centre de transit le plus important de toute la France.

Le service de santé de rapatriement de la région parisienne fut placé sous la direction du Docteur Eck. L'effectif médical de cette formation comprenait environ deux cent cinquante médecins, cent vingt pharmaciens et quinze chirurgiens dentistes.

## a) Les Centres-Formalités

Le premier centre de formalités ne fut ouvert qu'après une période où existait seulement un service d'accueil et de triage en gare. Dans chaque gare, en effet, se trouvait placé un médecin de rapatriement assisté d'un personnel de la Croix-Rouge, qui pratiquait sur le champ un tri rapide, prodiguait les soins d'urgence et décidait de l'hospitalisation des malades. A la gare de l'Est fonctionnait une formation plus importante comprenant un médecin-chef assisté de trois médecins. A la sortie de la gare, les rapatriés étaient amenés au centre des Ecluses-Saint-Martin où se déroulait la visite de dépistage. Ce centre comportait un poste de radioscopie. Comme dispositif de secours pour l'hébergement, le repos, on se servit d'hôtels réquisitionnés : l'hôtel Métropole, l'hôtel La Lorraine.

Mais l'accélération du rythme du rapatriement, qui imposa au Cordon frontalier un effort supplémentaire, eut beaucoup plus d'effet sur la région parisienne. Le dispositif primitivement établi ne tarda pas à être insuffisant et le premier grand centre de transit dut être organisé : ce fut le centre de formalités de la gare d'Orsay. Installé à l'intérieur de la gare d'Orsay, ce centre répondait parfaitement aux exigences des formalités du rapatriement. Son effectif médical comprenait un médecin-chef et quatre équipes de onze médecins chacune, répartis de la façon suivante : un médecin-chef adjoint, un médecin consultant, deux médecins radiologues, un médecin spécialiste de dermatologie, cinq médecins pour l'examen médical rapide, un médecin à la conclusion médicale. Ces quarante-quatre médecins assuraient par roulement de douze heures une garde permanente. En période de pointe, certaines équipes furent amenées à rester vingt-quatre heures de garde consécutivement. Les repas étaient pris par fractions d'équipe, de façon à ce qu'il reste toujours un nombre suffisant de médecins dans le bloc médical.

Le centre de transit d'Orsay, en dépit de sa très forte capacité de débit, s'avéra rapidement insuffisant devant l'afflux sans cesse croissant des rapatriés. La décision de l'Etat-Major Suprême Allié de rapatrier sur Paris par avion 8.000 prisonniers par jour à partir du 13 avril, en apportant un surcroît de travail à cet unique centre de transit, rendait indispensable la création immédiate de nouvelles formations. La direction du rapatriement décida sur le champ la réquisition de la piscine Molitor, à la porte d'Auteuil, et sa transformation en centre de formalités. Les travaux commencèrent immédiatement, et le 11 mai le centre commençait à fonctionner. Le bloc médical était installé dans la piscine d'hiver sur laquelle on avait placé un plancher. Les cabines de bains, réparties en deux étages, furent affectées au déshabillage des rapatriés. Les installations de douche, de séchage et les boxes

médicaux étaient répartis au rez-de-chaussée. Le principe de l'organisation du bloc médical était exactement le même que celui des centres d'accueil à la frontière. Seuls les locaux étaient plus vastes et l'effectif médical plus nombreux. Les médecins étaient au nombre d'une cinquantaine, composant toujours quatre équipes assurant chacune douze heures de garde consécutive. De même étaient formées des équipes de pharmaciens et de dentistes.

L'éloignement des gares de ce centre de formalités nécessitait la création d'un service de transport assez important pour pouvoir acheminer rapidement les rapatriés de la gare au centre et les reconduire ensuite à leur lieu de départ. De très nombreux camions furent réquisitionnés, qui, avec les autobus de la région parisienne, assurèrent de façon très satisfaisante le transport rapide de tous les rapatriés.

Dans le courant du mois de mai, la direction du Rapatriement décida la création d'un nouveau centre de formalités. Une partie du Lycée Michelet, à Vanves, fut réquisitionnée et aménagée pour le rôle qu'elle avait à jouer. Le bloc médical fut construit de telle sorte que toutes les opérations, à l'exception de la conclusion médicale, pussent se dérouler dans l'axe d'une même pièce. Cette disposition des locaux évita aux rapatriés les pérégrinations inutiles dans les couloirs et s'avéra à l'usage être une excellente innovation. Le personnel médical s'éleva à quarante-quatre médecins sous les ordres d'un médecin-chef ; il comprenait également un certain nombre de pharmaciens et de dentistes. Le centre de formalités de Michelet commença à fonctionner le 6 juin, date de la fermeture du centre Molitor. Un service régulier d'autobus et de camions assurait le transport des rapatriés jusqu'aux différentes gares. Le 1er juillet, le centre de formalités de la gare d'Orsay était fermé et la formation de Michelet devenait l'unique centre de formalités de Paris.

### *b*) Les Centres d'accueil ou de transit

La cadence de l'arrivée des rapatriés étant tellement rapide à une certaine époque, qu'il n'était pas possible de leur faire subir dans la journée ou dans la nuit les différentes formalités ; il ne pouvait être question de les laisser stationner dans les centres d'accueil en gare. Pour résoudre ce problème, il fallait pouvoir disposer de locaux assez vastes pour abriter l'effectif de plusieurs trains de rapatriés. C'est dans ce but que fut opéré la réquisition des cinémas Gaumont et Rex, des centres Maillot, Montaigne et Vaugirard et du Vélodrome d'Hiver.

Les cinémas Gaumont et Rex accueillirent un nombre très considérable de rapatriés à leur arrivée à Paris. Les hommes étaient conduits en camions jusqu'à destination, ils étaient poudrés à la D.D.T., puis ils prenaient place dans les fauteuils. Des secouristes venaient alors leur apporter des vivres et des boissons. Puis, en attendant d'être dirigés sur les centres de formalités, ils asistaient à des représentations cinématographiques ou à des revues de music-hall. Les individus fatigués ou malades étaient immédiatement examinés par des médecins à l'infirmerie. Une garde permanente était assurée jour et nuit par le service médical du rapatriement comprenant trois médecins dans chaque centre.

Le Vélodrome d'Hiver, en raison de ses vastes dimensions, fut réquisitionné et transformé en centre de transit. Les rapatriés qui y séjournèrent furent nourris, purent se reposer avant d'accomplir les formalités du rapatriement et reçurent les soins nécessités par leur état. Une équipe médicale placée sous la direction d'un médecin-chef assurait un service identique à celui des médecins des centres d'accueil. Ils veillèrent tout particulièrement à ce que l'épouillage des rapatriés et de leurs bagages fut pratiqué systématiquement et à ce qu'aucun rapatrié suspect d'être en incubation de maladie épidémique ne put se mêler aux convois se rendant aux groupes formalités.

### c) Les Centres sanitaires

Suivant le même principe qui était appliqué dans les centres frontaliers, les hommes qui étaient reconnus malades dans les gares à leur arrivée, ou dans les centres-formalités, étaient dirigés sur les hôpitaux civils ou militaires. Rapidement le nombre de places réservées aux prisonniers de guerre ou déportés dans ces formations s'avéra nettement insuffisant. D'autre part, les autorités anglo-américaines ayant décidé d'effectuer le transit par Paris, il devenait évident que les services hospitaliers allaient être débordés par le nombre des rapatriés à admettre chez eux. C'est ce qui incita le Service de Santé du Rapatriement à envisager la création de centres sanitaires dans la région parisienne. Au début, on installa de simples infirmeries à Clamart et à Chatillon. Puis il fut décidé de réquisitionner un certain nombre d'hôtels particuliers en Seine-et-Marne.

Ces hôtels furent transformés en centres sanitaires. C'est ainsi qu'au début du mois de mai fonctionnait à Boisvignolle un centre comportant quatre-vingt places réservées aux rapatriés malades. Vers le milieu du mois de juin, le château de Coubert, à trente-cinq kilomètres de Paris, fut équipé en centre sanitaire. Prévue primitivement comme centre de quarantaine, cette formation modèle, qui comprend mille cinq cents lits, fonctionna comme centre de repos et centre sanitaire. Environ une vingtaine de médecins y sont affectés. Une salle d'opération y est aménagée et diverses interventions chirurgicales ont déjà pu y être pratiquées : appendicectomie, cure radicale de hernie, mastoïdectomie ; 250 malades séjournent actuellement à Coubert.

Enfin, toujours suivant le même principe, le Château des Boulaies fut réquisitionné et transfomé en centre destiné à recevoir les femmes rapatriées tuberculeuses. Cette

formation est dotée de cent lits ; le personnel médical qui y est affecté dépend du Service de Santé du Rapatriement. Il est à prévoir que de nouvelles formations seront utilisées dans l'avenir comme centres sanitaires.

### *d*) Les Centres féminins

Toutes les travailleuses au titre du Service du Travail obligatoire ou toutes les femmes volontaires pour le travail en Allemagne, ont été groupées à leur arrivée à Paris et ont subi les formalités médicales dans des centres exclusivement réservés à leur usage. Dès le début des opérations de rapatriement, elles subirent les formalités médicales au centre des Ecluses-Saint-Martin. Un projet avait été élaboré, d'après lequel toutes les femmes rapatriées, sans distinction de catégories, seraient accueillies et examinées dans une formation de rapatriement unique. A ette intention, le Service de Santé de la Mission avait pensé réquisitionner le collège d'Ivry où l'on avait prévu l'installation d'un bloc sanitaire comprenant trois cent quatre vingts lits d'hôpital et une nursery modèle. Des difficultés d'ordre moral ne tardèrent pas à se présenter : il était, en effet, extrêmement délicat d'accueillir ensemble des déportées politiques et les volontairs du travail en Allemagne. Ce projet fut finalement abandonné et l'on adopta le principe d'un accueil séparé : les travailleuses furent hébergées au centre Benoit-Malon. De là elles furent conduites au centre de formalités des Ecluses-Saint-Martin. Le personnel médical chargé de les examiner appliqua toute son attention au dépistage des maladies vénériennes : un examen gynécologique systématique fut pratiqué ainsi d'ailleurs qu'un examen sérologique. Les femmes déportées politiques suivirent le même sort que les hommes de la même catégorie.

### e) Les Centres pour les Déportés politiques

L'accueil et l'examen des déportés politiques posaient au Service de Santé du rapatriement des problèmes très différents de ceux concernant le reste des rapatriés. En effet, la presque totalité des déportés présentait un état sanitaire extrêmement précaire qui interdisait pour eux l'application des différentes formalités courantes. Leur état de cachexie et de dénutrition nécessitait un repos et un traitement spécial. La Mission de rapatriement mit sur pied un dispositif d'accueil qu'elle sut rendre digne de leurs souffrances. L'Hôtel Lutétia fut réquisitionné à leur usage. Dès leur arrivée, les plus malades d'entre eux furent dirigés sur les hôpitaux de Paris.

Ceux que leur état de santé ne contraignait pas à être hospitalisés purent être réconfortés et soignés après avoir pris le repos nécessaire. Des médecins de rapatriement leur prodiguèrent les soins et dès que leur état le permettait, leur firent subir les formalités de la visite médicale rapide. Deux graves problèmes ont attiré l'attention de ces médecins : les dangers de propagation du typhus exanthématique en raison du taux d'infestation très élevé des camps de déportés politiques et la morbidité tuberculeuse que les tortures sans nom et le manque absolu d'hygiène ajoutés au manque de nourriture avaient réussi à provoquer chez ces malheureux. Ainsi donc, pour répondre à ces deux problèmes, le service médical pratiqua systématiquement le dépistage du typhus exanthématique et des autres maladies épidémiques ainsi que de la tuberculose. Nous verrons en détail dans une étude spéciale les modalités et les résultats de ces dépistages.

Par la suite, pour éviter l'encombrement dans l'Hôtel Lutétia, le Service Médical de Rapatriement fut amené à réquisitionner le groupe scolaire de la Porte d'Ivry qu'il aménagea en centre de formalités. Les déportés pouvaient néanmoins être hébergés à Lutétia. Ils étaient amenés en autobus à Ivry où, après avoir rempli les formalités à

la Sécurité Militaire, ils étaient conduits au bloc médical. Ce bloc était aménagé sur un modèle nouveau : les déportés passaient en premier lieu à la radioscopie et à la radiophotographie qui étaient systématiquement pratiquées ; si les résultats de ces premiers examens en indiquaient la nécessité, un cliché radiographique était ensuite tiré. Puis le médecin pratiquait l'examen médical rapide et conduisait le déporté au box réservé au dépistage du typhus. Ce dépistage systématique se faisait suivant la technique du Docteur L.C. Brumpt, qui fera l'objet d'une description détaillée à la fin de notre travail. Enfin le déporté passait à la conclusion médicale où tous les résultats des différents examens pratiqués sur lui étaient consignés sur sa fiche de rapatriement. L'examen médical fini, le déporté était alors reconduit en autobus à l'Hôtel Lutétia. Les femmes subissaient exactement les mêmes formalités que les hommes : elles étaient groupées dès le début des opérations et passaient la visite médicale à part. Un effectif de vingt-quatre médecins répartis en quatre équipes assurait le service médical à Ivry ; des pharmaciens et des dentistes étaient désignés pour la sérologie.

### *f*) Le Service médical dans les aérodromes

L'Etat-Major Suprême Interallié, contrairement au plan qu'il avait primitivement fixé, utilisa la voie aérienne pour rapatrier un nombre considérable de Français libérés, vers le début du mois d'avril 1945. Les avions utilisés à cette fin atterirent sur les différents aérodromes de la région parisienne. La Mission de Rapatriement fut obligée de pourvoir ces aérodromes d'un personnel médical dont le rôle consista à pratiquer un premier tri parmi les arrivants, à donner les soins aux malades légers, à faire hospitaliser les malades graves et à dépister les individus suspects de maladie épidémique. Des formations sanitaires furent affectées dans ce but au Bourget, à Chartres, à Villacoublay, à Etampes et à Orly. Leur effectif

médical fut variable suivant les lieux, mais les médecins assurèrent toujours une permanence dans les infirmeries nouvellement créées.

Un effort tout particulier fut fourni pour l'aménagement d'un centre modèle à l'aérodrome du Bourget. Une piste d'attérissage fut construite qui permettait aux avions de se poser à proximité d'une grande baraque réservée au triage des rapatriés. A l'extrémité de celle-ci se trouvait un emplacement à ciel ouvert destiné au poudrage. A quelques pas de là se dressait le bloc du médecin-chef et des services administratifs. Une piste couverte conduisait ensuite à un groupe de cinq baraques disposées en biais. Chacune de ces baraques était spécialement destinée à recevoir une catégorie spéciale de malades : médicaux, chirurgicaux, fiévreux, contagieux, vénériens. Derrière ce groupe de baraques, une route reliée à la route nationale du Bourget à Paris permettait aux ambulances de venir s'embosser directement à la sortie des bâtiments et de prendre en charge les malades.

Les rapatriés sains traversaient directement la piste couverte et venaient se rassembler dans un bloc à l'extrémité du camp où les autocars venaient les chercher pour les conduire dans les centres de Paris.

L'ensemble des centres de la région parisienne eut à fournir de gros efforts en période de pointe. Le nombre des rapatriés ayant accompli les formalités dépasse en importance le chiffre le plus élevé de n'importe quel centre frontalier. C'est ainsi qu'à la date du 30 juin on comptait :

pour le centre Orsay : 198.218 rapatriés français et 8.899 étrangers ;

pour le centre Molitor : 66.256 rapatriés français et 1.152 étrangers ;

pour le centre Lutétia : 23.416 déportés français et 913 étrangers ;

pour le centre Michelet : 1.125 rapatriés français ;

pour le centre des Ecluses-Saint-Martin : 5.090 rapatriées françaises et 1.439 étrangères ;

pour le centre Reuilly : 2.139 rapatriés français ;

pour le centre du Vélodrome d'Hiver : 4.200 rapatriés,

ce qui donne un total de 240.444 français et 12.403 étrangers. Ainsi donc en un peu plus de trois mois, 252.847 rapatriés ont été examinés par le service médical du rapatriement de la région parisienne et 5.407 ont été soignés dans les centres sanitaires de la Mission.

En plus du nombre très considérable de rapatriés ayant subi les formalités à l'échelon des services de rapatriement de la région parisienne, nous devons signaler qu'une grande quantité d'autres rapatriés est passée en transit sanitaire dans la même région. L'importance de l'effectif de ces derniers posait aux Services de la Mission de graves problèmes concernant plus particulièrement le logement et l'hébergement. L'Assistance Publique apporta un précieux concours à la solution de ces diverses problèmes : à l'arrivée des premiers trains sanitaires à Paris, l'hôpital Bichat fut mis en entier à la disposition des rapatriés malades. Un nombre considérable de lits leur fut également réservé à l'Hôpital de la Salpêtrière et à l'Hôpital Bicêtre. Le Service de Santé de l'Armée soulagea de son côté le Service Médical de la Mission de Rapatriement en mettant 1.000 lits à la disposition de ce dernier .

L'évacuation des malades nécessitait également de gros moyens pour pouvoir être correctement effectuée. La S.N.C.F. réserva, à cet effet, 250 places par jour, dont un comportiment entier de 1re classe dans les trains réguliers sur toutes les lignes. De plus, deux ou trois michelines sanitaires amenèrent chaque semaine les malades dans différentes directions. Enfin un train sanitaire fut formé chaque semaine au départ de Paris pour transporter les rapatriés que leur état de santé obligeait à voyager couchés.

# LA PHARMACIE CENTRALE DU RAPATRIEMENT

Au début du rapatriement, la Pharmacie chargée de l'approvisionnement des infirmeries des centres d'accueil en produits pharmaceutiques et en matériel sanitaire était un service civil qui émanait du Service des Approvisionnements du Ministère des Prisonniers de guerre, Déportés et Réfugiés. Ce service a subi une évolution comparable à celle de toutes les formations de la Mission de Rapatriement.

Primitivement, la sous-direction du Service de Santé de la Mission passait les commandes pour tous les centres sans posséder ensuite un contrôle suffisant sur l'exécution du Service.

La multiplication des centres d'accueil, l'importance croissante des commandes rendirent nécessaire une organisation militaire de ce service.

Un local fut réquisitionné, 37, rue de Bourgogne, à Paris ; quatre pharmaciens appartenant à la Mission de Rapatriement, assurèrent le fonctionnement du service vers la deuxième quinzaine de mars. Le local ne possédait encore aucun aménagement et tout dut être improvisé rapidement.

Le 1er mars, après une conférence au Ministère des P.G.D.R., le service pharmaceutique fut scindé en deux organismes distincts. D'un côté était créé un service civil des achats restant en liaison avec la direction des Approvisionnements, d'un autre la Pharmacie Centrale militaire chargée, sous le contrôle de la sous-direction du Service de Santé, de la répartition des médicaments et du matériel dans tous les centres de Rapatriement.

Le personnel attaché à ce service comprenait, sous la direction du pharmacien de rapatriement de 4e classe J.R. Monthémont, vingt-quatre pharmaciens, quatre officiers d'administration et quatre préparateurs. Cette équipe prépara toutes les commandes et se chargea de toutes les expéditions.

Le local du 37 rue de Bourgogne abrita les services de la Direction, de la Comptabilité, du Conditionnement et du détail. Un dépôt fut créé au 159 rue Montmartre pour des quantités importantes de produits pharmaceutiques et pour le matériel encombrant. Enfin, au 64 de la rue d'Aubervilliers on entreposa les médicaments conditionnés et peu précieux. Les produits toxiques ainsi que les vaccins furent emmagasinés dans le local de la rue de Bourgogne.

L'approvisionnement de la Pharmacie Centrale de Rapatriement relevait de deux sources : des stocks existaient depuis le début ; ils étaient très peu importants ; ils comprenaient beaucoup de spécialités sans intérêt et peu ou pas de produits ou de matériel de première nécessité (alcool, éther, seringues, vaccinostylos...). Des produits furent rapidement acquis, provenant soit des stocks américains, soit d'achats dans le commerce, soit de la Pharmacie de l'Armée, soit de la Croix-Rouge Suédoise, soit enfin de récupérations de stocks allemands ou italiens.

Les stocks américains constituèrent, en quelque sorte, la première et la véritable base de départ de la Pharmacie Centrale : ils comprenaient huit dotations A.R.B., soit environ 500 caisses et balles de médicaments et pansements. D'autre part une quantité importante de caisses « dotation médicale », « dotation pharmaceutique », « dotation pansements » a été livrée à la Pharmacie Centrale par le dépôt américain de Reims. Chaque caisse constituait un ensemble complet pour le démarrage d'un centre de moyenne importance. Enfin 10.000 pounds de poudre insecticide D.D.T. ont été fournies par les Américains.

En ce qui concernait les achats dans le commerce, la sous-direction du Service de Santé du Rapatriement fournissait au service des achats un plan trimestriel. Ce plan devait, le plus souvent être confirmé par de nombreuses commandes de relance et par des indications de fournisseurs éventuels. En effet la mission à remplir présentait toujours un caractère d'urgence et tout devait être tenté en vue d'accélérer la fourniture des commandes. La plus grande majorité des achats a été faite aux maisons Bailly et Debats.

La Pharmacie Centrale de l'Armée a fourni sur les ordres du Ministère de la Guerre, une assez grande quantité de médicaments vers la fin des hostilités.

La Croix-Rouge Suédoise a fait parvenir par avion à la Pharmacie Centrale du Rapatriement des médicaments et des produits insecticides.

Enfin, dans chaque région on a procédé à la récupération des stocks allemands et italiens qui ont été mis à la disposition des infirmeries des différents centres d'accueil.

La Pharmacie Centrale du Rapatriement à Paris a fonctionné :

*a*) Comme organisme chargé des approvisionnements :

1) Des pharmacies régionales ;

2) Des centres de ravitaillement ;

3) Des missions à l'étranger ;

4) Des camps d'étrangers.

*b*) Comme pharmacie régionale à Paris approvisionnant :

1) Les centres de transit ;

2) Les centres sanitaires ;

3) Les gares ;

4) Les centres d'hébergement.

*c*) Enfin, à titre provisoire et en attendant la constitution des pharmacies régionales et des centres de ravitaillement, la Pharmacie Centrale a livré dans toute la France des dotations de base de départ de trois types :

1) Base pour 1.000 (pour centres de transit) ;

2) Dotation de base sanitaire pour 1.000 lits ;

3) Dotation de base pour camps d'étrangers (1.000).

Depuis des pharmacies régionales ont été installées et ont fonctionné à Metz, Guise, Belfort, Lyon, Valenciennes, Marseille, Strasbourg et Saverne. Par leur intermédiaire les centres d'accueil et formalités ont pu recevoir le complément en produits pharmaceutiques et en matériel sanitaire.

Une commande de base pour 1.000 lits (centres d'accueil) comprenait 50 médicaments d'usage courant, 52 articles de matériel médical, 25 articles de pansement. Le poids d'une pareille commande représentait plusieurs centaines de kilos.

Une commande de donation de base pour un centre sanitaire de 1.000 lits comprenait 117 médicaments différents.

Une dotation pour les camps d'étrangers (1.000 personnes) comprenait 9 médicaments en ampoule, 55 médicaments pour usages externe et interne, et 49 spécialités.

On mesure le très gros effort fourni par la Pharmacie régionale lorsque l'on sait que des centaines de commandes de ces différents types ont été livrées pour les missions en Allemagne et à l'étranger, et pour tout le dispositif du Service de Rapatriement en France. Malgré de sérieuses difficultés et une certaine lenteur des services civils, la Pharmacie a été rapidement organisée et, ouverte de jour comme de nuit, elle a toujours été à même, dans la limite où elle a été approvisionnée, de fournir sur le champ toutes les commandes urgentes, et d'exécuter, dans un délai de vingt-quatre à trente-six heures, toutes les commandes importantes qui lui ont été faites.

# LES MISSIONS DE RAPATRIEMENT A L'ETRANGER

La présence de prisonniers de guerre ou de déportés français en territoire étranger posait au Service Médical des problèmes analogues à ceux du rapatriement des Français se trouvant en Allemagne, avec cette différence que leur nombre était beaucoup moins considérable. La Mission Française de Rapatriement envoya des équipes en Yougoslavie, en Autriche, en Tchécoslovaquie, en Pologne, en Russie, en Hollande, en Italie et en Suède. Ce dernier pays recevait des rapatriés en transit de Russie ou de Norvège. Chaque équipe comprenait un certain nombre de médecins et d'assistantes médico-sociales qui prodiguèrent les soins d'urgence et veillèrent à l'application des mesures prophylactiques. Les rapatriés furent poudrés à la D.D.T., vaccinés contre la variole. Des dépistages furent pratiqués notamment en ce qui concerne les maladies vénériennes. Des services aériens furent créés, qui furent assurés par des pilotes et des appareils français. Les malades capables d'accomplir le voyage par mer furent rapatriés en avion. En Suède on comptait un total de 2.500 Français, dont 1.450 déportés et 350 prisonniers de guerre évadés. Un grand nombre d'entre eux sont déjà rentrés et les autres ne tarderont pas à rejoindre notre sol. Il ne nous est pas possible de donner des chiffres définitifs en ce qui concerne les différentes Missions à l'étranger, certaines d'entre elles étant encore en plein activité.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons dire que les médecins de rapatriement ont assuré un service médical d'avant-

garde et ont contribué dans une très large mesure, à assurer à nos ressortissants un rapatriement qui s'effectua dans les meilleures conditions sanitaires possibles.

Le matériel sanitaire et les médicaments que ces missions utilisèrent leur furent adressés par avion de la Pharmacie Centrale de Paris.

# LES CAMPS D'ETRANGERS

La libération de notre territoire entraina automatiquement celle de nombreux étrangers déportés sur notre sol par les Allemands pour y remplir le rôle de travailleurs. En attendant leur rapatriement dans les pays d'origine, il était indispensable de grouper ces hommes et ces femmes pour pouvoir plus facilement les nourrir, les soigner et préserver la santé publique des maladies épidémiques dont ces sujets pouvaient être atteints. Des camps spéciaux furent créés dans toute la France à cet effet. Ils groupèrent au total plus de quatre-vingt mille étrangers. répartis en 68 camps. L'encadrement sanitaire de ces camps fut confié aux médecins de Rapatriement, qui y furent affectés par la sous-direction du Service de Santé de la Mission. En principe, il y avait dans chaque camp un médecin par 1.000 personnes ou fraction de 1.000 personnes. On compta 81 médecins de camps d'étrangers. Leur rôle fut de veiller à la prophylaxie des maladies épidémiques (vaccination et poudrage), de soigner les blessés et malades légers à l'infirmerie du camp et de faire admettre dans les centres hospitaliers des environs les malades ou blessés graves.

Ces camps groupaient presque toujours des étrangers de même nationalité. Le chef du camp était l'homme de confiance ; il était assisté d'un officier français. Des Russes, des Polonais, des Hollandais, des Norvégiens, des Tchèques constituèrent l'effectif des camps dont voici la liste :

Château-Sérant, Beaublanc, Beaume-la-Rolande, Beauregard, Bergerac, Bourbonne-les-Bains, Bourg-Lastic, Bourdelonge, Brignolles, Caylus, Chateaufer, Bruère-Allichamps, Châteauneuf-sur-Cher, Châtelguyon, Chaumont, Choméras, Commantre, Courpière, Couiza, Chambéret, Courbevoie, Cemon, Château-Tourron, Die, Desize, Darney, Ay, Epernay, Entraigues, Château-de-Morville, Fouilloy, Forgues-Justice, Geuillé, Lusignan, La Boutillerie, Laudun-Lardoise, La Courtine, La Planête-Tarbes, La Ferté-Saint-Aubin, Le Puy, Le Basso, Limoges, La Poitevinière, l'Isle-en-Jourdain, l'Isle-sur-Tarn, Perruson, Suippes, Pignerolles, Pontoise, Provins, Querqueville, Ris-Orangis, Saint-Germain-les-Belles, Sables-d'Or, Saint-Cast, Sainte-Livrade, Saint-Honoré-les-Bains, Saint-Médard-sur-Isle, Salbris, Sermaine-les-Bains, Souges, Senlis, Theix, Vedène, Pougues.

En outre, existe à Paris, rue Leroux, un centre de transit pour les étrangers. En Seine-et-Marne, à Villevaudé, a été établi un sanatorium pour les Russes tuberculeux. D'autres centres ont été dissous à la suite du retour dans leur patrie de certains groupes d'étrangers. Un dispositif sanitaire restera en place jusqu'au rapatriement total de leur effectif. Ils regagneront leur pays après avoir été examinés au départ par les médecins du rapatriement.

# LE SERVICE DE RAPATRIEMENT DES NORD-AFRICAINS

Un certain nombre de Nord-Africains étaient prisonniers en Allemagne ; une quantité encore plus considérable avait été déportée en France et utilisée comme main-d'œuvre indigène dans diverses organisations allemandes. Cette dernière catégorie fut libérée en août et septembre 1944 ; la première rentra en France avec l'ensemble des rapatriés.

Le rapatriement de ces Nord-Africains posait le principe d'une adaptation de l'ensemble des formalités sanitaires aux aspects variés sous lequel il pouvait se présenter.

Les Français musulmans originaires d'Algérie, du Maroc ou de Tunisie, prisonniers de guerre en Allemagne ont subi les formalités médicales dans n'importe quel centre de rapatriement frontalier. Après ces formalités, ces rapatriés étaient confiés aux autorités militaires qui se chargeaient de leur entretien et de leur hébergement dans des camps spéciaux jusqu'à la date de leur embarquement pour l'Afrique du Nord. Ces camps sont installés à Tarascon, Arles, Marseille, Bron et Sathonay. Dans chacun d'eux sont affectés un ou deux médecins, chargés de soigner les Nord-Africains pendant leur séjour dans le camp.

Les Nord-Africains déportés en France comme travailleurs sont considérés comme de simples réfugiés : ils n'ont pas à subir les formalités médicales au cordon frontalier. Ils sont pris en charge par le Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés qui assurera leur rapatriement en Afrique du Nord.

Comme on le voit, la visite médicale systématique appliquée à l'ensemble des rapatriés ne constituait qu'un élément d'information sanitaire inconstant et très insuffisant.

Or il était indispensable d'accorder une attention toute particulière au fait que les Nord-Africains rapatriés étaient dans une très forte proportion porteurs de poux et d'autre part que la syphilis atteint toujours une grande fréquence chez eux.

Dans ce but on pratiqua un épouillage très sévère ainsi qu'un examen sérologique systématique.

Mais pour rendre possible l'interrogatoire et l'examen médical des Nord-Africains, il fallait qu'il existat des médecins parlant couramment l'arabe : c'est ainsi qu'au Centre de formalités Molitor fut créée une équipe de médecins Nord-Africains travaillant par roulement et exclusivement chargés de l'examen médical des musulmans. A l'heure actuelle, cette équipe coloniale travaille au centre Michelet.

Différentes formations ont été créées dans Paris pour héberger et soigner les rapatriés avant leur départ, à Saint-Mandé, à l'Hôpital Bichat, rue de Liège, rue de Paris et rue Kellerman.

A Saint-Mandé et à l'Hôpital Bichat on fait le dépistage de la syphilis et de la tuberculose.

A Marseille, un camion radiophotographique est utilisé spécialement pour les Nord-Africains. La sérologie est pratiquée systématiquement. Cependant devant l'insuffisance sur le plan sanitaire de la visite médicale du type frontalier pour les Nord-Africains il fut décidé que deux visites médicales seraient pratiquées pour tout sujet musulman rapatrié dans son pays.

*a*) La première visite, dite *visite d'arrondissement* doit en principe avoir lieu dans le mois qui suit le rapatriement. A une conférence réunie à Alger le 12 mai 1945,

il a été décidé de pratiquer cet examen avant l'embarquement, c'est-à-dire avant le rapatriement effectif. Cet examen, doit donc se réaliser en territoire métropolitain et doit être appliqué non seulement aux Nord-Africains anciens prisonniers de guerre mais encore aux Nord-Africains anciens travailleurs déportés. Elle se déroulera dans les camps dépendant du Ministère de la Guerre ou du Ministère des Prisonniers de guerre, Déportés et Rapatirés. Pour la rendre possible un système de fiches d'examen a été inventé : ces fiches qui ne sont pas remises aux rapatriés, après avoir été triées au départ, sont confiées au médecin-convoyeur, de façon à arriver en Afrique du Nord en même temps que les rapatriés.

Les suspects de tuberculose ou de syphilis sont signalés au Service de Santé P.D.R. Nord-Africain dirigé par le Médecin lieutenant-colonel Lapierre.

On pratique à l'arrivée du bateau ou de l'avion une visite de débarquement simple et rapide ne comportant que des mesures de désinsectisation avec douches, étuvage des vêtements et des bagages et poudrage à la D.D.T. Deux centres de réception médicale où l'on pratique l'examen sont installés à Alger et à Oran.

*b*) La deuxième visite ou *visite de département* se pratiquera en Afrique du Nord dans un délai de six mois après la visite d'arrondissement, à la limite des délais de présomption d'origine.

Nous savons que cette visite en Afrique du Nord va soulever de nombreux problèmes : l'instabilité des populations, la pauvreté de ce pays en moyens sanitaires, l'insuffisance notoire du nombre des établissements hospitaliers, insuffisance non moins criarde de médecins puisqu'en Algérie, par exemple, le chiffre global de médecins était de 1.100 dont 600 ont été mobilisés et sont encore retenus dans l'Armée française, sont autant de questions qui pouvaient gêner la réalisation de cette visite de Département.

Il ne pouvait être question de séparer les médecins départementaux d'autres médecins chargés de la visite de Département. Toutes les formalités médicales du rapatriement seront effectuées par une seule formation de médecins dépendant du Ministère des P.D.R.

A cet effet, sous l'autorité du médecin-chef régional P.D.R. pour l'Afrique du Nord, sera placé un personnel d'encadrement ayant pour fonctions de préparer la réalisation des opérations ultérieures et d'assurer le service médical courant dans les ports et les aérodromes de débarquement. Les instructions que recevra ce personnel médical devront être approuvées par les Directeurs de la Santé d'Algérie, du Maroc et de la Tunisie.

Toutes les opérations médicales de la visite de Département seront exécutées en accord avec le Ministère de la Santé sous l'autorité du Gouverneur général de l'Algérie, des Résidents généraux de Tunisie et du Maroc et sous le contrôle des Directeurs de la Santé de la colonie et de nos deux protectorats.

Ces opérations médicales seront pratiquées dans les régions à équipement sanitaire suffisant par des médecins civils conventionnés. La ville d'Alger, centre médical bien équipé, sera le point sur lequel seront évacués les cas difficiles.

Dans les régions à populations denses ou clairsemées, sédentaires ou nomades, dépourvues de tous moyens médicaux convenables comme la Kabylie ou la région des Hauts-Plateaux, des équipes médicales mobiles seront créées, qui, avec l'aide de médecins phtisiologues, dermatologues et Nord-Africains disposant de camions radiologiques et d'ambulances, assureront l'exécution de la visite de Département. Le personnel des équipes médicales mobiles sera militarisé et l'on fera appel à des volontaires déjà mobilisés dans le corps du rapatriement. Un officier des Affaires indigènes ou un administrateur des communes mixtes servira d'administrateur à ces équipes mobiles. On compte créer ainsi 12 équipes :

6 pour l'Algérie, 3 pour le Maroc, 3 pour la Tunisie. Certains groupes pourront pratiquer les examens de laboratoire courants et les examens radiographiques, d'autres seront désignés pour les examens de dépistage clinique.

Chaque groupe comprendrait : 3 à 4 médecins et 2 à 3 infirmières. L'ensemble des formations utiliserait une cinquantaine de médecins.

Voici ce qui a été fait et ce qui reste à faire en ce qui concerne le problème sanitaire du rapatriement des Nord-Africains. Une prophylaxie rigoureuse des maladies épidémiques et vénériennes a été et sera appliquée avec le plus grand soin, car à côté de l'intérêt purement médical de ces mesures, notre pays se doit d'appliquer une politique d'amélioration de l'état sanitaire qui sera pour lui la meilleure garantie d'une attitude fidèle et reconnaissante de la part des Nord-Africains.

# LES DIRECTIVES DU SERVICE MEDICAL DU RAPATRIEMENT

La visite médicale effectuée au cours des opérations de rapatriement ne pouvait revêtir que la forme d'une investigation rapide et provisoire, ne devant en aucun cas ralentir le rythme de celles-ci.

Une autre visite médicale beaucoup plus complète sera effectuée pour chacun des rapatriés au moment de son arrivée dans son département d'origine. Avant les opérations de démobilisation, les médecins départementaux d'hygiène dresseront le bilan médical détaillé des hommes qui devront obligatoirement se présenter devant eux. Quellle était donc la doctrine dont devait s'inspirer le Service médical du rapatriement ?

Il s'agissait avant tout d'une visite médicale rapide : d'où nécessité de ne pratiquer que des examens courants, simplifiés dans la mesure du possible.

Il fallait cependant à l'occasion de cette visite se livrer à une sorte de triage sanitaire devant écarter les dangers les plus immédiats qui pouvaient menacer le rapatrié et l'ensemble de la population.

L'ensemble des formalités médicales qui ont été systématiquement imposées à tous les rapatriés au cours de leur passage dans les différents centres de rapatriement a eu comme principal objet le dépistage des affections dont l'éclosion et la propagation sont hautement favorisées par la migration de masses humaines considérables : la tuberculose, le typhus exanthématique historique, les maladies vénériennes.

Ce dépistage était obligatoire si l'on voulait ne pas voir se développer dans notre pays et dans l'Europe entière des fléaux comparables à l'épidémie de grippe de 1919, qui à elle seule causa plus de ravages que les quatre années de guerre. Comme corollaire immédiat, il fallait établir les moyens de prévenir l'importation des germes pathogènes et de les empêcher de diffuser.

C'est à cette double tâche de dépistage et de prophylaxie que le médecin de rapatriement, où qu'il ait eu à exercer ses services, s'employa avec application.

Il est encore trop tôt pour avoir une idée définitive des résultats de ces efforts. Un nombre important de prisonniers de guerre ou déportés français se trouve encore à l'heure actuelle dans les territoires allemands occupés par les armées russes. Nous pouvons cependant, par les résultats obtenus à la suite du rapatriement de près d'un million cinq cent mille hommes, affirmer que les méthodes employées ont été efficaces et que les dangers épidémiques qui menaçaient notre population ont été écartés.

Evidemment nous ne pouvons pas prétendre avoir atteint la perfection : un certain nombre d'individus ont pu échapper aux examens médicaux rapides pour la raison qu'ils n'ont pas suivi la filière du rapatriement et qu'ils ont regagné leur foyer par leurs propres moyens. Cependant cette catégorie d'autorapatriés sera examinée tôt ou tard par les Services départementaux de la Santé devant lesquels les différentes formalités administratives pour le reclassement dans la vie civile les obligeront à se présenter.

D'autre part, il faut tenir compte des difficultés matérielles innombrables qui parfois se sont élevées en ce qui concerne la bonne marche du rapatriement. La régulation des arrivées n'a pas partout été correctement assurée.

Les autorités militaires alliées, souveraines en ce qui concernait les décisions à prendre, n'ont pas toujours tenu

régulièrement, ni d'une façon bien exacte, au courant les Services français de leurs décisions. Il a fallu parfois improviser sur le champ et la pénurie de matériel dont souffre notre pays n'a pas été pour faciliter la tâche à accomplir. Certains centres ont été brusquement submergés par un nombre de rapatriés 2 à 3 fois supérieur à celui qui était prévu. Partout cependant les bonnes volontés et les dévouements ont suppléé au manque de moyens quand le besoin s'en faisait sentir.

Il était bien évident que les mesures prophylactiques contre certaines affections comme la tuberculose et les maladies vénériennes ne pouvaient pas être mises en application dans les centres de rapatriement, destinés uniquement aux formalités rapides. Il fallait envisager un moyen pour pouvoir cependant les faire appliquer après le passage du rapatrié. A cet effet, un système de fiches de renseignements fut organisé et fonctionna de cette façon : dès qu'un résultat suspect était enregistré par un service de dépistage, il était consigné sur une fiche comportant le nom et l'adresse du rapatrié et adressé au médecin départemental de la Santé dont dépendait ce dernier. Ainsi, avant de subir les dernières formalités de démobilisation, le rapatrié suspect de maladie était-il signalé au médecin départemental qui le convoquait, l'examinait et préconisait un traitement adéquat.

Grâce à cette technique de signalisation, toute garantie était assurée qu'un individu reconnu malade ne pourrait pas propager autour de lui, l'affection dont il était porteur.

Nous allons étudier en détail le fonctionnement et l'organisation de chacun des trois services qui s'occupèrent du dépistage des trois grandes maladies contre lesquelles il était indispensable de préserver la Santé publique :

La tuberculose ;

Le typhus exanthématique ;

Les maladies vénériennes.

# LE DEPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Les privations de toute sorte qu'avaient subies les prisonniers de guerre, le régime effroyable auquel étaient soumis les déportés politiques, les fatigues d'un voyage de retour long et pénible faisaient redouter au corps médical une morbidité tuberculeuse très élevée parmi les rapatriés. Il y avait un intérêt vital à la fois pour eux et pour l'ensemble de la population française à pratiquer un dépistage systématique de la tuberculose chez tous les rapatriés à leur retour en France. C'est ce souci qui a animé la doctrine médicale du rapatriement concernant la lutte contre la tuberculose.

Il fut décidé qu'un examen radiologique serait systématiquement pratiqué dans tous les centres de rapatriement et confié aux soins d'un service spécial de la Mission Française de Rapatriement.

Un personnel directeur fut placé à la tête de cet important service : il comprend comme directeur, le Docteur Genevrier, médecin de rapatriement de 3e classe ; comme chef technique du radio-dépistage, le Docteur Chambonnet, médecin de rapatriement de 4e classe ; comme chef du personnel, le Docteur Bellin, médecin de rapatriement de 4e classe.

Sous les ordres de cet état-major, l'ensemble du territoire fut divisé en secteurs. Chaque secteur fut dirigé par un médcin radiologiste spécialisé, dont dépendait l'organisation et le fonctionnement du service.

Il y eut ainsi 4 secteurs différents. En voici la liste avec le nom des médecins radiologistes spécialisés, chefs de secteur :

*Secteur Nord :* Médecin de rapatriement 4e classe Bonte, à Lille ; adjoint-médecin de rapatriement 5e classe Durot, à Mézières.

*Secteur Moselle-Alsace :* Médecin de rapatriement 4e classe Valançon, à Metz.

*Secteur Suisse :* médecin de rapatriement 4e classe Salaun, à Evian.

*Secteur Méditerranéen :* médecin de rapatriement 4e classe Christofari, à Marseille.

Chaque chef de secteur avait à sa disposition un personnel médical et technique appartenant à la Mission Française de rapatriement.

Le personnel médical fut fourni par la Mission Française de Rapatriement auquel il avait été affecté par le Ministère de la Guerre. Ce personnel important ne comprenait malheureusement pas uniquement des médecins radiologistes spécialisés. Dans chaque équipe médicale, le médecin ayant le plus de compétence au point de vue radiologie était affecté au poste de radiodépistage. Cette pénurie de radiologistes spécialistes conduisit l'Etat-Major de Service à opter pour la radio-photographie comme moyen de dépistage. Le nombre de médecins affectés au service de la radiologie ne peut pas être évalué d'une façon précise. En principe, chaque équipe comprenait deux médecins radio, ce qui donnait 8 médecins radio par centre d'accueil.

Le personnel féminin fut fourni par la Croix-Rouge Française. Un accord a, en effet, était signé entre la direction de la Croix-Rouge Française et le Ministère des Prisonniers, Déportés et Réfugiés, au terme duquel des équipes d'infirmières et de secouristes seraient utilisées dans les différents centres jusqu'à la fin des opérations de rapatriement. Ces équipes ont fonctionné sous la direction de Mme Stuart de Baker et de Mlle Huard. Des cours

théoriques et pratiques ont préalablement été faits au personnel féminin en vue de le familiariser avec le fonctionnement du service, par les soins de la C.R.F.

Il était nécessaire de prévoir la présence d'un personnel technique pour le fonctionnement, l'entretien et la réparation du matériel radiologique. Ce personnel comprit dans chaque centre des manipulateurs, des photographes et des aides. En outre une équipe d'ingénieurs-monteurs et dépanneurs fut engagée par la Mission française du rapatriement.

Chaque centre comprenait trois équipes techniques pour chaque appareil, pour assurer leur marche continue pendant 24 heures.

L'équipement radiologique des centres comprenait des appareils de radiophotographie et des appareils de radioscopie. A Paris, les centres pour les déportés comportaient un appareil de radiographie. Pour l'ensemble des formations du réseau frontalier et de la région parisienne, trente et un postes de radiophotographie et cinquante-deux postes de radioscopie ont fonctionné au fur et à mesure des besoins.

*a*) *Les appareils de radiophotographie* ont été empruntés, après accord, à la Croix Rouge Française ; ces appareils étaient fixes ou montés sur camion. D'autres provenaient de diverses réquisitions qui avaient été opérées par la sous-direction du Service de Santé du Rapatriement. La Suisse nous a également fourni un certain nombre d'appareils. Miss Royal Tayler a, en effet, prêté au Ministère des P.G.D.R. des postes appartenant à la formation Edith Wharton. Enfin, treize appareils de radiophotographie appartenaient déjà au Ministère des P.G. D.R.

*b*) *Les postes de radioscopie* utilisés dans les centres provenaient soit de réquisitions locales, soit de la Croix-Rouge Française, soit du Ministère des Prisonniers qui les avait achetés en Suisse.

Certains appareils radiologiques durent être utilisés sans une minutieuse vérification en raison des besoins pressants. D'autre part, l'afflux des rapatriés obligea bien des fois le personnel à les utiliser d'une façon continue ce qui entraina quelquefois une usure prématurée de ce matériel. Un appareil de radiophotographie pouvait débiter entre 150 à 200 sujets à l'heure, à la cadence maxima, c'est-à-dire pour l'ensemble des centres qu'il était possible de radiophotographier environ 100.000 rapatriés par jour. Ce chiffre représentait plus du quadruple du chiffre nécessaire.

c) *Les films.* — La fabrication actuelle de films en raison de la pénurie de matières premières, est nettement mauvaise. Les films utilisés pour les appareils de radiophotographie étaient nécessairement de mauvaise qualité. Ce fut une des raisons pour lesquelles un certain nombre de clichés furent illisibles. D'autre part, il ne fut pas toujours aisé de se procurer des produits révélateurs ou fixateurs. Cette carence en qualité du matériel utilisé ne peut en aucune manière être mise au compte des services de radiologie.

D'après *les directives* de la sous-direction du Service de Santé du Rapatriement, chaque individu soumis aux formalités médicales devait systématiquement être passé à la radiophotographie. A la demande des médecins, une radioscopie pouvait être pratiquée pour avoir un avis immédiat sur les sujets suspects. A son entrée au box de la radiologie, le rapatrié recevait une fiche numérotée, portant son matricule de rapatriement, son nom et son adresse. Muni de cette fiche il se présentait à la radiophotographie où, après avoir tiré un cliché on conservait sa fiche pour pouvoir y noter par la suite le résultat de la lecture du cliché. Le résultat de la radioscopie était consigné sur la fiche individuelle de rapatriement.

Les films une fois développés étaient envoyés dans des centres spéciaux où fonctionnaient des *services d'in-*

*terprétation :* Lille, Marseille, Genève et Paris, furent dotés de ces centres d'interprétation. Ce travail, qui exigeait des soins tout particuliers et une compétence éprouvée était réalisé par des phtisiologues civils spécialisés, assistés par des interprétateurs expérimentés. Un système de contrôle sévère fut effectué par le procédé de la double lecture : le même cliché était interprété d'abord par un assistant et contrôlé ensuite par le phtiosiologue chef de service. De cette façon, plusieurs milliers de clichés purent être interprétés quotidiennement.

*Les résultats* de l'interprétation étaient portés sur les fiches sanitaires de rapatriement, qui sont envoyées aux services départementaux. La liste des suspects de lésions pulmonaires était quotidiennement et directement adressée aux Inspecteurs départementaux de la Santé, qui, après un complément d'examen pouvaient décider des mesures sanitaires à appliquer. Au 1er juin 1945, le centre d'interprétation de Paris a envoyé plus de 8.000 lettres dans les différents départements.

Etant donné le grand nombre des clichés à interpréter il était nécessaire d'adopter *un code de classement* des résultats obtenus. Les clichés étaient divisés en quatre catégories :

1°) Images thoraciques normales ;

2°) Images anormales non pulmonaires ;

3°) Images anormales nettement cicatricielles ;

4°) Images pulmonaires anormales suspectes d'être évolutives.

Cette classification permit de faire un premier bilan de l'état de morbidité tuberculeuse présentée par l'ensemble des rapatriés.

A la date du 1er juin 1945 : 523.997 radiophotographies ont été pratiquées tant par les centres du Cordon frontalier que par les différents centres de la région pari-

sienne. Ce chiffre représentait moins de la moitié du nombre total des rapatriés à cette date. D'où pouvait donc provenir cette différences ?

En premier lieu à ce qu'un nombre important de rapatriés fut brusquement amené par avion sur des centres qu'il avait été matériellement impossible de doter d'appareils de radiologie dans les délais extrêmement courts qui avaient été accordés pour leur création.

D'autre part, un certain nombre de centres ne possédaient pas les conditions nécessaires au fonctionnement d'un appareil de radiophotographie. Dans ces formations, on ne put pratiquer que des examens radioscopiques.

Enfin un certain nombre de films furent rendus illisibles soit par leur mauvaise qualité, soit par maladresse technique les rendant ininterprétables. Le plus grand nombre de cette deuxième catégorie est dû à l'arrêt du numérotage des films permettant leur identification : il était impossible dans ce cas de pouvoir compter ces films parmi les résultats obtenus. Les clichés illisibles étaient signalés également aux médecins inspecteurs départementaux afin qu'ils puissent à leur tour faire pratiquer des examens radiologiques. Le nombre des clichés illisibles important au début du rapatriement ne dépasse pas à l'heure actuelle 1,5 % du chiffre total des radiophotographies.

Les centres de la région parisienne, grâce à leur installation perfectionnée, furent dotés de deux postes de radiophotographie fonctionnant alternativement. Le nombre des clichés tirés y fut donc beaucoup plus considérable que dans aucun des autres centres d'accueil.

Jusqu'au 21 juin ce chiffre s'élevait à :

148.660 clichés au centre de formalités d'Orsay ;

52.364 clichés au centre de formalités Molitor ;

3.426 clichés au centre de formalités Michelet.

Ce qui donne un total de 204.450 radiophotographies pour l'ensemble de Paris.

Sur les 198.286 premières radiophotographies interprétées dans les services de phtisiologie de Paris, la classification, suivant le code adopté, s'établissait de la façon suivante :

494 clichés pour la catégorie 2 ;

3.195 clichés pour la catégorie 3 ;

4.266 clichés pour la catégorie 4 ;

187.959 clichés ont révélé une image pulmonaire normale ;

8.536 radiophotographies étaient illisibles et n'ont pas figuré dans ce total.

D'après ces chiffres, nous pouvons établir à 2,3 pour cent le taux des images signalant des lésions suspectes d'être évolutives. Ce pourcentage ne représente pas un taux de morbidité tuberculeuse définitive, mais un taux d'images suspectes qui, après triage, se répartiront en lésions cicatricielles, évolutives ou simplement normales.

Ces chiffres n'intéressent évidemment que les rapatriés présumés sains et ayant pu accomplir les différents déplacement.

Dans le secteur Nord, un pourcentage de 2,07 pour cent d'images suspectes dont 0,42 pour cent décelant des tuberculoses a été obtenu pour l'ensemble des rapatriés qui y ont été examinés.

Quelles *conclusions* pouvons-nous tirer de ces chiffres ? Il est assurément trop tôt pour pouvoir conclure d'une façon définitive sur la morbidité tuberculeuse des rapatriés. Tous les résultats ne sont pas encore parvenus ; d'autre part il nous faudra attendre ceux qui seront fournis par les Services départementaux concernant les autorapatriés ; enfin un nombre considérable de Français n'a pas encore regagné ses foyers.

Cependant, dès maintenant, nos pouvons avoir une idée générale sur cette très importante question.

Jusqu'ici le taux des individus suspects n'est nullement considérable, contrairement à ce que les circonstances pouvaient faire redouter. En effet, le taux de morbidité tuberculeuse n'excède pas celui de n'importe quelle collectivité d'une agglomération. Si l'ensemble des résultats concorde avec ceux qui ont déjà été obtenus, le nombre des tuberculeux pour plus d'un million cinq cent mille hommes ne dépasserait pas 10.000.

Ces estimations appellent cependant quelques réserves. Comme le fait remarquer le Docteur Genevrier, les chiffres publiés jusqu'ici ne se rapportent qu'à des rapatriés présumés sains. Le taux de morbidité ainsi obtenu sera susceptible d'être modifié par celui qui intéressera d'autres catégories de prisonniers. Les sujets malades seront, en effet, rapatriés par trains sanitaires : nous pouvons, d'ores et déjà, envisager que le taux de morbidité sera malheureusement supérieur à celui qui a été atteint jusqu'à ce jour.

D'autre part, parmi les rapatriés qui ont été examinés il n'existe point de tuberculeux stabilisés connus. Avec un pourcentage de 2,3 pour cent de sujets suspects parmi eux, il est possible que le chiffre des tuberculoses évolutives soit supérieur à 3 pour 1.000.

Enfin, nous ne devons pas oublier la grosse différence qui existe entre les résultats concernant les prisonniers de guerre rapatriés et ceux se rapportant aux déportés politiques.

Comme nous l'avons déjà vu, ces derniers ont été hébergés et examinés au centre Lutétia. Sur 4.768 déportés ayant subi un examen radiophotographique, les services d'interprétation ont décelé 840 images suspectes dont 170 concernaient des tuberculoses évolutives et 44 des tuberculoses bilatérales. Si nous faisons le pourcentage nous trouvons 17 pour cent d'images suspectes, 3,6 pour cent de tuberculoses évolutives et 1 pour cent de tuberculoses bilatérales. Ainsi, donc, le taux de morbidité tuberculeuse

est jusqu'ici près de 8 fois supérieur en ce qui concerne les déportés politiques à celui de n'importe qu'elle autre catégorie de rapatriés.

Néanmoins, malgré ces réserves, les résultats enregistrés jusqu'à ce jour nous permettent d'espérer que la tuberculose n'aura pas une extension considérable. La création de préventoria et de sanatoria à l'usage des rapatriés permettra de guérir ces malheureux et des contrôles post-cure aideront à surveiller leur état de santé et permettront leur réadaptation aux conditions de vie normale.

# LA LUTTE CONTRE LE TYPHUS EXANTHEMATIQUE (DEPISTAGE - PROPHYLAXIE)

Dans le courant de l'année 1943, une très grave épidémie de typhus se déclara dans les camps de prisonniers russes situés en Pologne. Cette épidémie primitivement localisée à l'Est de l'Allemagne se propagea par la suite dans les camps de déportés politiques. L'état effroyable de misère physiologique de ces derniers constituait un merveilleux terrain de propagation de ce fléau. Il nous suffit de voir dans chaque camp de déportation ou d'extermination le nombre de sujets ayant péri des suites du typhus pour mesurer l'ampleur et la gravité de cette endémo-épidémie.

La défaite allemande, entraînant un formidable brassage de populations et favorisant le contact d'individus contaminés avec le reste des autres, risquait d'étendre à l'Europe entière les ravages du typhus. Dans certains camps de prisonniers français, la vaccination anti-Rickettsie avait été pratiquée, mais cette prophylaxie avait été trop restreinte pour écarter le danger de contamination représenté par la libre circulation des autres catégories : déportés politiques, déportés du S.T.O., travailleurs.

La prophylaxie du typhus exanthématique historique fut une des tâches essentielles que dut assurer le Service médical du rapatriement. Cette prophylaxie ne pouvait se concevoir qu'après un dépistage sévère de cette maladie.

*Le dépistage* du typhus exanthématique, nous l'avons vu, fut pratiqué à tous les échelons du dispositif de rapatriement : en Allemagne, en pays étranger, au cordon

frontalier, dans les camps d'étrangers en France, dans les ports, aux aérodromes, dans tous les centres de la région parisienne. D'une façon générale, tout rapatrié fébricitant, dont l'examen ne pouvait déceler la cause de l'élévation thermique était systématiquement placé en observation, soit à la formation sanitaire du centre, soit à l'hôpital. En Allemagne, les autorités militaires alliées appliquèrent des mesures draconiennes pour éviter toute contagion : certains camps de déportés politiques particulièrement infestés furent soumis à la quarantaine. Ces mesures, qui semblèrent parfois inhumaines, étant donnée l'urgence des soins que nécessitait l'état des malheureux internés et qui ne purent pas être prodigués en raison des consignes interdisant de pénétrer dans le camp, ne constituèrent pas moins une aide efficace contre l'extension du typhus. Les Assembly Centers de la rive droite du Rhin, où les rapatriés étaient sommairement examinés contribuèrent eux aussi à édifier une barrière relativement impénétrable contre la fièvre exanthématique. Sur le nombre considérable de rapatriés rentrés à ce jour, moins d'un millier de cas de typhus avéré furent observés. Ces cas représentaient des individus ayant accompli le voyage de retour alors qu'ils se trouvaient en période d'incubation. L'isolement immédiat a circonscrit ce qui aurait pu constituer un sérieux foyer d'épidémie.

Ce moyen d'investigation superficiel avait besoin d'être étayé par un dépistage plus scientifique, dont les résultats pouvaient donner aux médecins qui le pratiquaient une base d'estimation médicalement exacte. Ce dépistage scientifique fut réalisé par *l'Hémodiagnostic* du Docteur L.C. Brumpt. Jusqu'alors on pratiquait la séro-agglutination, qui nécessitait une technique de laboratoire délicate et dépassait le cadre de la clinique courante. Simple et rapide, l'hémodiagnostic est basé sur l'apparition dans le sang, au cours de certaines infections, d'agglutinines spécifiques : la méthode consiste à réaliser sur une

lame de porcelaine, à la température ordinaire, une agglutination du germe en cause par le sang total. La réaction, lisible macroscopiquement, se fait en moins de quatre minutes.

*Le matériel* utilisé pour cette réaction est des plus réduits. Il comprend :

1° Une émulsion citratée, formolée, colorée par le bleu de méthylène et stabilisée d'une souche 0 de valeur éprouvée de Protéus X 19. Cette émulsion peut se conserver au moins six mois.

2° Un vaccinostyle stérile, un tampon de coton, une lame de verre et un support. Le support idéal est une lame de porcelaine blanche, mais elle peut être remplacée par une assiette blanche ou un plateau émaillé blanc soigneusement dégraissés et séchés. Si l'on a besoin de conserver un document définitif, on utilisera comme support du papier photographique gélatiné, fixé par l'hyposulfite. On peut inscrire à l'encre les indications utiles. Après séchage, on lave à grande eau et il ne persiste plus que les agglutinats et les indications manuscrites.

*La technique* que nous allons décrire a été mise au point par le Docteur L. Brumpt : elle est simple mais nécessite une description minutieuse car les détails s'en sont révélés importants à l'usage.

1° On désinfecte la peau du doigt à l'alcool et l'on pratique une incision très minime, parallèle à l'axe du doigt sur la face dorsale de la phalangette à quelques millimètres au-dessus du repli unguéal.

2° On agite le flacon et l'on dépose une goutte d'émulsion de Protéus X 19 sur la plaque de porcelaine bien séchée de façon à ne pas permettre l'étalement de cette goutte.

3° Faire sourdre une goutte de sang que l'on prélèvera avec une lame de verre et que l'on mélangera à la goutte d'émulsion sur le support.

4° S'il y a défaut de sang, la coloration du mélange sera franchement verte. Dans le cas contraire, elle sera rousse. Il faut obtenir pour une lecture correcte, une teinte brun vert.

5° Le temps capital de la réaction réside dans le mouvement de rotation que l'on doit imprimer à la lame de porcelaine. Ce mouvement doit être ininterrompu et constitue un brassage et une sorte de centrifugation.

*L'interprétation* des résultats est immédiate. En moins de trois à quatre minutes apparait à la périphérie de la goutte une frange continue d'un bleu intense, constituée par les agglutinats microbiens. Cette réaction positive correspond à un taux d'agglutination variant de 1 pour 800 à 1 pour 3.200 par le séro-diagnostic. En cas de réaction très fortement positive, à l'intérieur de la frange bleue se trouve une zone constituée par du liquide de suspension éclairci, au centre duquel se rassemblent les hématies donnant ainsi l'aspect d'une cocarde tricolore.

Un résultat se produisant au delà de quatre minutes ou donnant une frange discontinue de teinte indécise doit être considéré comme négatif.

Les erreurs d'interprétation sont constituées soit par un dépôt de bacilles et d'hématies non agglutinés de coloration brun verdâtre (une lecture rapide supprime les risques de confusion),

soit par des précipités apparaissant dans l'émulsion (leur couleur violette et leur préformation les distinguent des agglutinats),

soit, enfin, par l'auto-agglutination des hématies, qui se rencontre rarement au cours du typhus exanthématique historique.

Selon Brumpt, cette méthode simple et rapide donne des *résultats* concordant au séro-diagnostic de Weil et Félix dans 97 pour 100 des cas. Elle pêcherait plutôt par défaut. (Ces conclusions ne sont pas unanimement acceptées). Elle est donc aussi sensible que la séro-réaction et

elle constitue un excellent moyen de diagnostic. Le virage de la réaction se produit aux environs du 7e jour d'incubation de la maladie, parfois plus tôt (4 pour 100 le quatrième jour). Son intensité croît d'un degré par jour pour atteindre son maximum entre le dixième et le vingtième jour de la maladie. Elle diminue ensuite progressivement chaque décade et disparait environ 50 à 60 jours après la période de défervescence. Toutefois on a pu constater qu'un certain nombre de malades présentait encore un hémodiagnostic positif trois mois après avoir eu le typhus (7 pour 100 environ).

On rencontre cependant des anomalies correspondant à la période aigüe de l'infection dans les formes graves ou aggravées secondairement. C'est ainsi que l'on a pu noter des chutes brusques du pouvoir agglutinant ou des réactions faibles ou retardées.

A côté de ces faits on a trouvé pour des cas de typhus avérés une coagglutination du bacille d'Eberth à des taux assez élevés. Il y a lieu dans ce cas de savoir s'il ne s'agit pas de porteurs de germes typhiques. On pense plutôt que ces phénomènes sont causés par des agglutinines de « rappel » qui sont présentes au début d'une pyrexie et disparaissent progressivement par la suite.

On conçoit tout de suite le très grand intérêt qu'il y avait à utiliser une méthode aussi pratique et aussi sûre en même temps pour pratiquer le dépistage du typhus exanthématique au cours des opérations de rapatriement à quelque échelon que ce soit.

En Allemagne, elle permit de faire des enquêtes collectives dans les centres de rassemblement et plus particulièrement dans les camps de déportés politiques. La méthode n'a malheureusement pas pu être appliquée dans tous les camps. Là où elle l'a été, elle a rendu les plus grands services. Pour pratiquer cette enquête, les sujets étaient rangés en colonnes par quatre et piqués en série. Douze hémo-diagnostic pouvaient être pratiqués de la

sorte. Le rythme des examens oscillait entre 80 et cent à l'heure et nécessitait seulement l'emploi d'un médecin, d'un aide et d'un secrétaire.

Suivant les résultats obtenus, la conduite à tenir fut différente.

Les sujets à hémodiagnostic positif et ayant de la température furent hospitalisés immédiatement après épouillage et étuvage des vêtements.

Les sujets à hémodiagnostic négatif venant d'une barraque infestée furent considérée comme suspects, étant peut-être en état d'incubation du typhus. Ils furent épouillés, mis en quarantaine et leurs vêtements et bagages furent étuvés.

Les sujets à hémodiagnostic positif sans température furent considérés comme étant en convalescence du typhus. Après épouillage et étuvage des vêtements, ils furent rapatriés avec les autres prisonniers.

Grâce aux résultats fournis par l'hémodiagnostic on a pu rapidement déterminer le taux d'infestation des divers camps et dans les mêmes camps le taux d'infestation des différentes barraques. Ces renseignements furent très précieux, car ils permirent d'éviter une perte de temps en créant la possibilité d'une orientation prophylactique immédiate — la désinfection a été effectuée par priorité dans les camps les plus infestés et par priorité dans un même camp pour les barraques les plus infestées.

Le degré d'infestation par le typhus a été extrêmement variable, suivant les camps. A Bergen-Belsen le taux d'infestation était de 85 pour cent. Pour le camp de Manthausen on a trouvé un pourcentage s'élevant aux environs de 2 pour 100. Par contre à Grosshemensdorff le taux d'individus atteints par le typhus a été nul. (Ces résultats ont été obtenus après examen de déportés rapatriés de ces différents camps). Il est inutile de préciser que les mesures sanitaires qui ont été prises n'ont pas été les mêmes pour chacun de ces groupements.

Etant donné le risque qu'il pouvait y avoir que certains rapatriés puissent échapper à ces mesures de dépistage, il était absolument nécessaire de pouvoir pratiquer un contrôle à l'arrivée en France. L'hémodiagnostic est donc systématiquement pratiqué dans les centres de formalités pour les déportés politiques. A Paris, à l'hôtel Lutétia, puis au centre de formalités d'Ivry un service médical spécial est chargé de pratiquer l'hémodiagnostic sur tous les rapatriés hommes, femmes ou enfants en provenance des camps de déportation. Ce service est placé sous les ordres directs du Docteur L.C. Brumpt ; il comprend des équipes de quatre médecins du rapatriement qui assurent une garde permanente par roulement. Ls résultats qui sont fournis par ces médecins permettent de prendre les mesures sanitaires nécessaires : les déportés à hémodiagnostic positif et fiévreux sont immédiatement hospitalisés. Ceux dont la réaction est positive et qui ne sont pas fébriles sont renvoyés chez eux après épouillage et étuvage des vêtements. Enfin, les sujets à hémodiagnostic négatif et provenant de camps infestés sont mis sous surveillance spéciale pendant quinze à vingt jours à leur domicile. Pour qu'un contrôle puisse être efficacement effectué, une fiche spéciale pour chaque déporté est directement adressée au médecin départemental de l'Hygiène. D'autre part, dans chaque centre est dressée un carte établissant les taux d'infestation.

Le dépistage du typhus exathématique entraînait comme corollaire l'application de *mesures prophylactiques* effectives. Le typhus exanthématique historique étant transmis par les poux qui sont les agents vecteurs de Rickettsie Prowazecki, la lutte contre les poux devait être systématiquement entreprise si l'on voulait préserver le monde entier de ce redoutable fléau.

Les méthodes classiques de désinsectisation à base de produits chimiques ou utilisant l'étuvage ou la fumigation représentaient toutes de sérieux inconvénients et étaient

difficilement applicables à des masses humaines aussi considérables : :la vapeur d'eau détériorait les vêtements ; la chaleur sèche ne convenait pas aux objets en cuir ; le soufre et l'anhydride sulfureux altéraient les couleurs ; la chloropicrine, l'acide cyanhydrique et le bromure de méthyle, substances toxiques, demandaient des précautions considérables pour leur emploi. D'autre part, il fallait la plupart du temps utiliser pour ces différents produits un matériel important, donc coûteux et encombrant. Enfin, les méthodes d'étuvage ou de fumigation, ne fournissent que des résultats temporaires et le simple fait qu'après une désinsectisation soigneuse les rapatriés pouvaient quelques jours après être redevenus aussi pouilleux, donc aussi dangereux, les rendaient illusoires en pareille circonstance.

L'emploi des poudres insecticides par son application pratique, son effet préventif et curatif a été un très gros progrès, qui est à la base du succès obtenu dans la lutte contre le typhus dans les opérations de rapatriement.

Ces poudres insecticides, du point de vue chimique, sont des dérivés aromatiques chlorés. Leur emploi primitif a été la lutte contre les insectes (Mitin). J.B. Geigy de Bâle découvrit l'action hautement insecticide de 2.2 bis p. chlorophényl 1 trichloréthane, dont la synthèse avait été réalisée, en 1874, par le chimiste allemand Aeidler. Ce corps a été, obtenu par condensation en milieu sulfurique d'une molécule de chloral avec deux molécules de monochlorobenzène pour donner le dichlorophényl richloréthane. Du point de vue physique, c'est une poudre cristalline blanche dont le point de fusion à l'état pur est 108°. Elle est très soluble dans les solvants organiques généraux, mais à peu près insoluble dans l'eau.

Cette poudre est d'autre part stable vis-à-vis de la lumière. Son action insecticide grâce à ses composants est double : le chlorobenzène est un poison respiratoire pour les insectes ; le reste chloroformique est un poison de contact (à la concentration de 10-6 par cm3, cette poudre est

un poison mortel pour les mouches) ; son action s'exerce sur le système nerveux des insectes et entraîne leur paralysie progressive.

Geigy avait nommé son produit Gesarol. Les Américains lui ont donné ses initiales chimiques : D.D.T. (dichloro, diphényl, trichloréthane) ; son emploi a été généralisé à toute l'armée américaine, sous la forme de produit pur dispersé dans 5 à 10 pour 100 de talc.

En France, un produit analogue a été étudié par Bory et Glaser, en 1943, et s'est révélée un excellent insecticide contre les poux, et contre leurs lentes.

La technique d'application de la D.D.T. est d'une simplicité qui a contribué à étendre son emploi non seulement aux armées alliées mais encore à tous les étrangers rapatriés d'Allemagne. L'armée américaine a même poussé le souci jusqu'à standardiser cette technique : deux applications sur les cheveux, deux au niveau du col, quatre au niveau de la ceinture, deux au niveau de chaque manche, deux au niveau de chaque jambe de pantalon, ce qui fait 16 applications en tout. Le sujet conserve intégralement ses habits.

Cette méthode a été adoptée par le Service de Rapatriement. Elle est appliquée au moyen d'un pulvérisateur à main permettant le poudrage d'une trentaine de sujets à l'heure. Des pistolets poudreurs à air ocmprimé prmettent un débit deux fois supérieur. Une installation complète comprend une demi-douzaine de pistolets. Ces pistolets consomment environ 50 grammes de D.D.T. par individu. L'emploi de ce produit n'est pas toxique pour les individus traités et cette poudre est à peu près inodore.

L'avantage le plus précieux de cette poudre insecticide est de rendre toute réinfection à peu près impossible grâce à sa persistance exceptionnelle. Le lavage d'un vêtement poudré ne diminue pas son pouvoir toxique vis-à-vis des poux. Au bout d'un mois, son action reste efficace et

un deuxième poudrage renforce cette action pour une durée très considérable.

L'emploi du poudrage à la D.D.T. a été systématiquement pratiqué à tous les échelons du rapatriement. En Allemagne, dans les pays étrangers, dans les camps d'étrangers, au cordon frontalier, à l'arrivée aux aérodromes, dans les centres d'hébergement, sur les bateaux, dans les trains, tous les rapatriés ont été poudrés, ainsi d'ailleurs que leurs bagages. Cette précaution a même été prise en ce qui concerne le personnel travaillant dans les services de rapatriement. Les médecins donnèrent l'exemple et ne quittaient leur travail qu'après avoir été poudrés consciencieusement. Cette façon de faire a contribué dans une très large mesure à enrayer l'extension du typhus.

Le complément nécessaire à la prophylaxie du typhus exanthématique par la poudre D.D.T. ou Aphtiria, résidait dans la vaccination préventive anti-Rickettsie. En effet, si les poudres insecticides supprimaient le danger de contamination immédiat par la destruction de l'agent vecteur, elles restaient pratiquement sans effet sur le danger constitué par les porteurs de germes sains. Ces derniers, même poudrés, pouvaient par hasard attraper postérieurement des poux et constituer des réservoirs de virus. Il fallait donc pratiquer la vaccination préventive.

Cette vaccination anti-Rickettsie a été réalisée en employant le vaccin de Durand et Giroud, à base de germes tués. Cette méthode comportait trois injections sous-cutanées de 1 centimètre cube chacune pratiquées à huit jours d'intervalle, une analyse d'urine étant préalablement faite. Elle ne donnait lieu dans la plus grande majorité des cas à aucune réaction générale et ne provoquait seulement qu'une douleur passagère et localisée, dûe au formol contenu dans le vaccin.

Par décision de la sous-direction du Service de Santé du rapatriement, la vaccination préventive anti-Rickettsie fut rendue obligatoire pour tout le personnel de la Mission

Française de Rapatriement. L'accès dans les centres fut rigoureusement interdit à toute personne qui n'était pas munie d'un certificat de vaccination signé du médecin chef des centres.

Les résultats de la lutte contre le typhus exanthématique ont été magnifiques. L'opinion publique réalise peut-être d'une façon insuffisante le péril qui menaçait l'Europe entière à la suite de l'épidémie allemande. Malgré les occasions innombrables de contamination que le rapatriement de centaines de milliers d'hommes ayant séjourné à proximité des foyers d'épidémie ou ayant même vécu au milieu de ces foyers risquait de déclancher, aucun foyer secondaire n'a été réalisé jusqu'à ce jour dans notre pays.

D'après le rapport du Docteur J. Boyer, le nombre des cas secondaires s'éleverait à 13. Ces cas sont imputables à des rapatriés ou à des membres du personnel qui se sont volontairement soustraits aux formalités d'épouillage ou de vaccination préventive.

Grâce au dépistage et aux mesures prophylactiques mises en application, nous avons épargné à notre pays un des fléaux les plus terribles, dont les soldats ayant participé à la guerre de Serbie ou à la campagne des Dardanelles connaissent exactement les conséquences.

Ce sera un des mérites les plus signalés de la Mission Française de Rapatriement d'avoir préservé la Santé publique et les rapatriés d'une manière aussi efficace.

Voici, à titre indicatif, pour les départements de la Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne, la situation au 27 juin 1945 au soir, concernant le typhus exanthématique :

Le total des cas confirmés déclarés dans la région parisienne se montait à : 237.

Le total des cas douteux en observation pour complément de diagnostic était de : 29.

Voici le détail de ces différents cas :

*Paris et Seine :*

1) *Cas déclarés certains :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| *a*) Rapatriés (dont 19 décès) | 214 | Déportés politiques | 151 |
| | | Travailleurs | 20 |
| | | Prisonniers de guerre | 8 |
| | | Sans renseignements | 35 |
| *b*) Cas secondaires (dont 2 décès) | 13 | Femmes | 8 |
| | | Hommes | 3 |
| | | Garçons (âgés de 13 et 16) | 2 |

2) *Cas douteux :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| *a*) Rapatriés | 27 | Déportés politiques | 8 |
| | | Travailleurs | 4 |
| | | Sans renseignements | 15 |

*Seine-et-Oise :*

1) *Cas certains :*

| | | | |
|---|---|---|---|
| *a*) Rapatriés | 10 | Déportés politiques | 6 |
| | | Travailleurs | 2 |
| | | Prisonniers | 2 |

2) *Cas douteux :*

| | |
|---|---|
| *a*) Rapatriés | 1 |
| *b*) Cas secondaire | 1 |

*Seine-et-Marne :* 1 cas déclaré, non confirmé.

Voici la situation au 3 juillet au soir :

238 cas confirmés, 28 cas douteux en observation, dans la région parisienne. 20 décès ont été constatés pour des cas déclarés certains.

# LE DEPISTAGE DES MALADIES VENERIENNES

Le rassemblement sur le territoire allemand de plus de dix millions de sujets de toutes nationalités, l'internement pendant cinq ans dans les camps de millions de prisonniers, la présence de travailleurs hommes et femmes ; la brusque liberté qui fut rendue à tous, étaient autant de conditions qui favorisaient une dangereuse extension des maladies vénériennes. Le fait que, d'après certains rapports, quelques régions d'Allemagne (surtout les territoires de l'Est) étaient infestées par des cas de syphilis particulièrement fréquents et graves ne pouvait que rendre le Service médical du rapatriement encore plus vigilant pour dépister les maladies vénériennes. Dans un autre ordre d'idée, il était offert au corps médical une occasion unique de faire un bilan vénérien portant sur plus de deux millions de Français. Ces différents facteurs ont conduit à pratiquer un examen sérologique systématique et à envisager des mesures prophylactiques pour l'ensemble des rapatriés.

Un service spécial fut créé à la sous-direction du Service de Santé du Rapatriement, qui s'occupa exclusivement du dépistage des maladies vénériennes, au cours des opérations de rapatriement. Ce service fut placé sous les ordres du Docteur Lortat Jacob : il comprenait un vaste dispositif réparti dans tous les centres d'accueil du cordon frontalier et de la région parisienne comprenant des équipes spécialisées.

Le principe adopté a été le suivant : chaque fois que les circonstances le permettaient un examen sérologique

devait être pratiqué pour les rapatriés. Les femmes devaient subir un examen gynécologique. En cas de gros afflux, seuls les individus suspects d'être plus facilement contaminés (prisonniers transformés, S.T.O., volontaires) subiraient l'examen sérologique.

L'application d'un tel principe nécessitait l'emploi d'un nombreux personnel et l'utilisation d'un important matériel.

Le personnel médical comprenait des sérologistes, affectés aux différents laboratoires régionaux ; après avoir suivi un stage à l'Institut Fournier de Paris, des groupes de piqueurs (pharmaciens, dentistes, médecins) affectés par équipes dans les centres d'accueil et assurant par roulement une garde permanente. Le secrétariat était tenu par des secouristes de la Croix-Rouge Française.

Le matériel utilisé fut particulièrement important : des dizaines de milliers d'aiguilles à ponction veineuse, de tubes à essais, de lames de verre ; de très nombreux appareils à stérilisation du type Poupinel, des boîtes pour le transport des tubes durent être achetés à cet usage. A l'heure actuelle, de pareils achats nous laissent deviner les difficultés qui ont dû être surmontées et les efforts qui ont du être fournis pour obtenir une livraison rapide des commandes.

Dans chaque bloc médical existait un médecin spécialiste de dermato-vénérologie, chargé d'examiner les rapatriés suspects d'être atteints de maladies vénériennes. C'était lui, en particulier, qui prescrivait les prélèvements en cas de gonococcie et qui était consulté pour les cas relevant de sa spécialité. Aussitôt après la visite médicale rapide, les rapatriés étaient amenés au bloc de la sérologie, où des secrétaires inscrivaient sur des fiches le nom du sujet, son adresse, son matricule de rapatriement et leur remettaient des tubes à essais numérotés. Munis de leur tube, les rapatriés passaient devant l'équipe de pi-

queurs qui leur faisaient une ponction veineuse au pli du coude. Les tubes étaient ensuite recueillis, mis en boîte et expédiés dans les délais les plus rapides sur les laboratoires régionaux de sérologie de la Mission Française de rapatriement.

Ces laboratoires où travaillaient des sérologistes de la Mission étaient en principe installés dans des instituts de sérologie qui avaient cédé les locaux nécessaires. C'est ainsi que dans 7 villes fonctionnèrent les centres d'examen sérologiques : à *Mulhouse,* au laboratoire municipal ; à *Nancy,* à l'Institut Fournier, (M. Lucien Daubert) ; à *Lyon,* à l'Institut bactériologique ; à *Colmar,* au laboratoire de l'armée ; à *Nice,* pour le centre de Villefranche ; à *Lille,* à l'Institut Pasteur ; à *Marseille,* au laboratiore de l'Hopital Michel Lévy. A *Paris,* les tubes étaient envoyés aux laboratoires de l'Institut Fournier; au laboratoire du Professeur Gougerot, à l'Hôpital Saint-Louis ; au laboratoire du dispensaire de l'Hôpital Saint-Lazare ; au centre de Coubert, où l'on pratiqua des examens pour le centre lui-même et pour la formation sanitaire de Boisvignolle.

Les techniques d'examen furent uniformisées. Il n'était pas question de faire pour une aussi grande quantité de sérums à examiner des réactions sérologiques complètes. Le Bordet-Wasserman qui exige un long délai et un matériel considérable, ne fut pas employé. On fit appel aux réactions de floculation ou d'opacification ; le principe de contrôle fut le suivant : on pratiqua systématiquement sur tous les sérums la réaction de Meinicke ; les résultats positifs ou douteux étaient contrôlés par une réaction de Kahn — ou encore on fit un Kahn systématique contrôlé par une réaction de Hecht.

Le transport des innombrables tubes de sang des centres aux laboratoires représentait une très sérieuse difficulté. Ls risques de casse, les sérums rendus inutilisables par délais de transport trop longs, les erreur de numérotage pouvaient amener un nombre considérable de séro-

logies impossibles à pratiquer. Ces difficultés semblaient écartées avec l'emploi de la méthode de la micro-réaction de Kline, utilisée aux Etats-Unis. Cette micro-réaction ne nécessite qu'une très petite quantité de sang et que de petits tubes en verre. Après avoir attendu vainement plus de trois mois la livraison du matériel nécessaire pour pratiquer cette réaction, le Service de Santé dut se résigner à avoir recours aux méthodes courantes d'examen sérologique. Seul, l'Institut bactériologique de Lyon a pu pratiquer et pratique encore la micro-réaction de Kline.

Les prélèvements pratiqués systématiquement dans les centres féminins ont été également envoyés à fin d'examen sur les laboratoires de la Mission.

Lorsqu'une sérologie, après contrôle, était positive, le chef du laboratoire envoyait immédiatement une note au médecin départemental de l'Hygiène, pour indiquer à ce dernier le nom et l'adresse du sujet examiné. Cette note précisait que la sérologie pratiquée concernait un individu suspect de syphilis et lui demandait de faire des examens complémentaires. Ainsi donc, le rapatrié était convoqué par le médecin départemental et toutes les mesures sanitaires utiles étaient prises à son égard. Cette façon de faire assurait une grande sécurité pour la prophylaxie de la syphilis.

Le très gros afflux de rapatriés au début des opérations de rapatriement n'a pas permis de pratiquer systématiquement un examen sérologique pour tous les prisonniers. D'autre part, cette pratique n'a pas été admise par tous les médecins qui, à tort, n'en voyaient pas la nécessité ou craignaient les conséquences d'une prise de sang pour les sujets en état de déficience physique. Quoi qu'il en soit, ce dépistage fut appliqué aux prisonniers de guerre transformés, aux travailleurs du S.T.O. et aux volontaires. Il est encore trop tôt pour citer des chiffres définitifs. Voici ceux qui ont été fournis par certains laboratoires à la date du 1er juillet :

— pour Mulhouse : 7.511 sérologies faites et 656 prélèvements ;

— pour Nancy : 2.766 sérologies et 118 prélèvement ; (M. Lucien Daubert).

— pour Lyon : 2.780 sérologies ;

— pour Colmar (laboratoire de l'armée) : 955 sérologies ;

— pour Lille : 2.494 sérologies et 2.494 prélèvements ;

— pour Nice : 950 sérologies ;

— pour Paris : Laboratoire de l'Hôpital Saint-Lazare : 20.406 sérologies et 14.388 prélèvements ; laboratoire Professeur Gougerot : 23.985 sérologies ; Institut Fournier : 28.714 sérologies.

Quel est donc, à la lumière de ces chiffres, le pourcentage de réactions positives ? S'il est trop tôt pour citer des chiffres définitifs, encore est-il prématuré de vouloir établir un pourcentage.

Nous citons donc sous toutes réserves le pourcentage concernant les résultats obtenus dans les laboratoires de Paris. Ce pourcentage est susceptible d'être modifié par celui des autres laboratoires de province et même risque de changer d'ici la fin du rapatriement.

A la Maison Saint-Lazare, laboratoire où ont été effectués tous les examens pour les femmes passant par le Centre des Ecluses-Saint-Martin, on trouve pour une période allant du 22 avril au 12 juillet :

— sur 21.219 examens effectués, 526 examens positifs (réaction Kahn) ;

— sur 15.107 lames examinées, 366 lames positives.

Au laboratoire du Professeur Cougerot à l'Hôpital Saint-Louis, où ont été pratiqués les examens pour les centres d'Orsay (30 juin), de Michelet et du Centre d'Ivry jusqu'au 1er juillet ,on trouve :

Sur 18.094 examens effectués, 405 examens positifs.

Des ces chiffres, on pouvait déduire au 14 juin 1945 un pourcentage de syphilis s'élevant à 1,55 pour cent et 0,48 pour cent de cas douteux.

Il reste bien entendu que ces résultats sont provisoires. Au fur et à mesure que les résultats arriveront de province, ces chiffres subiront des modifications. En outre, à mesure que nous approchons de la fin du rapatriement et par suite, très probablement, du séjour prolongé en Allemagne des derniers rapatriés le taux de syphilis aurait tendance à s'accroître. Un laboratoire de l'Est signalerait un pourcentage atteignant 10 pour 100.

Toutefois, les résultats obtenus jusqu'ici n'indiquent pas une infestation supérieure à celle de n'importe quelle collectivité. Contrairement aux craintes du début, nos compatriotes ne se présentent pas dans un état de contamination tel que nous pouvions le redouter. Grâce au dépistage effectué par le Service de la sérologie de la Mission de Rapatriement les sujets atteints seront suivis et traités par les services départementaux de l'Hygiène, qui auront également à charge l'examen de tous ceux que les circonstances n'ont pas permis de voir au cours des opérations de rapatriement.

# CONCLUSIONS

Voici, rapidement décrites, les activités du Service de Santé du Rapatriement. Nous ne nous dissimulons pas tout ce que notre description peut avoir d'incomplet et d'imparfait. Le désir de publier les premiers résultats obtenus nous a conduit à ne pouvoir citer que des chiffres provisoires et à parler d'activités qui sont, à l'heure actuelle, en voie de modification, d'intensification ou de ralentissement.

Nous sommes sûrs que des travaux plus complets que le nôtre seront publiés après que toutes les opérations de rapatriement seront définitivement terminées.

Ce que nous avons écrit n'aura servi qu'à donner une idée générale aussi précise que possible des efforts déployés par le Corps médical et des résultats obtenus jusqu'ici en ce qui concerne la plus grande partie des opérations de rapatriement.

Tous les rapatriés se sont prêtés de bonne grâce aux exigences des examens médicaux qui ont été pratiqués sur eux. En dépit de la grande fatigue qu'ils ressentaient presque tous à leur arrivée, ils ont compris l'intérêt qu'il y avait pour eux et le pays tout entier à satisfaire à ces exigences. Jamais nous n'avons entendu la moindre protestation de leur part. Cette bonne volonté générale a grandement facilité la tâche des médecins.

Nous avons vu les magnifiques résultats obtenus par le Service de Santé du rapatriement en ce qui concerne la prophylaxie des maladies épidémiques. A eux seuls ils

justifient tout ce que l'on attendait du Corps médical et récompensent toutes les bonnes volontés.

Des critiques, certaines justifiées, pourront être émises concernant certaines imperfections qui se sont dévoilées dans l'organisation ou le fonctionnement du Service médical du Rapatriement.

Sans vouloir écarter systématiquement l'hypothèse d'erreurs commises, nous tenons à signaler à l'attention générale les circonstances parfois très difficiles dans lesquelles se sont déroulées les opérations de rapatriement.

Nous avons déjà vu le caractère précaire et parfois même l'absence totale de liaison avec l'Etat-Major Suprême Allié. C'est à cet état de chose que sont imputables les principales imperfections qui ont pu être constatées. En effet, dans de nombreuses circonstances, la modification subite d'un plan préparé à l'avance nécessitait une improvisation hâtive. Nous pouvons imaginer les difficultés auxquelles se heurtait cette improvisation dans notre pays où les moyens de transport sont si réduits et où le matériel sanitaire et pharmaceutique est si difficile à trouver.

Cependant ces obstacles ont pu être surmontés grâce au dévouement et à l'initiative de certains. Aujourd'hui, des centaines de milliers de compatriotes ont pu regagner notre sol. Tous les rapatriés ont été examinés par le Service de Santé du Rapatriement ou le seront dans un proche avenir par les Services départementaux d'Hygiène. Leur état sanitaire est beaucoup plus satisfaisant que nous pouvions le prévoir. Les maladies épidémiques ont été efficacement enrayées. La tuberculose et la syphilis ont été dépistées et seront, par la suite, combattues systématiquement. Les rapatriés malades peuvent être assurés qu'ils recevront tous les soins nécessités par leur état.

Au terme d'une entreprise aussi considérable, telle que la France n'en a jamais connue, le Service Médical de la Mission de Rapatriement vient de prouver la valeur

des méthodes employées. Nous pouvons aujourd'hui éprouver une satisfaction véritable à la pensée du devoir correctement accompli ; cette satisfaction sera complète lorsque nous aurons pu faire profiter de l'expérience acquise, ceux de nos compatriotes qui sont encore loin de nous et que nous espérons voir revenir dans un avenir prochain.

Paris, 14 juillet 1945.

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
*Le Doyen,*
R. DUPÉRIÉ.

VU, BON A IMPRIMER,
*Le Président,*
SIGALAS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
*Bordeaux, le 20 Juillet 1945*

*Le Recteur,*
A. MARCHAUD

# BIBLIOGRAPHIE


Dr Valette (Pierre). — L'Organisation du Service de Santé du Rapatriement.

Dr Voyeux. — Le service médical dans les camps d'étrangers (*Thèse de Paris*, 1945).

Dr Genvrier. — Communication à la Société Médicale des Hôpitaux (Juin 1945).

Dr Brumpt (L.C.). — L'Hémoagglutination rapide appliquée au dépistage du typhus eauthématique. (*Extrait du Bulletin de la Société de Pathologie exotique.* Tome XXXVI - N° 5-6, 1943.)

Dr Bernard (Pierre), Bourgeois (Pierre), Genevrier (Robert). — Examen systématique des rapatriés.

Dr Genevrier (Robert). — Premier aperçu sur le fonctionnement du Service de Santé du Rapatriement.

Médecin Lieutenant-Colonel Jame. — Le service de Santé militaire du temps de guerre.



La Libre Pharmacie,

25 Mai 1945.

# TABLE DES MATIERES


Le Service Médical de la Mission Française de Rapatriement ..... 9

La Mission Française de Rapatriement en Allemagne. 13

Le Cordon Frontalier ..... 19

Les Services de la Région Parisienne ..... 29

La Pharmacie Centrale du Rapatriement ..... 39

Les Missions de Rapatriement a l'Etranger ..... 43

Les Camps d'Etrangers ..... 45

Le Service de Rapatriement des Nord-Africains .... 47

Les directives du Service Médical du Rapatriement. 53

Le dépistage de la Tuberculose ..... 57

La lutte contre le typhus exanthématique ..... 67

Le dépistage des Maladies vénériennes ..... 78

Conclusions ..... 85

Bibliographie ..... 89